ALMANAHUL

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU
T45666

SĂNĂTĂȚII

'89

93314

EDITURA MEDICALĂ

almanahul sănătății '89

AU COLABORAT

AURELIA ACOSTĂCHIOAIEI, dr. EUGEN ALEXE, prof. dr. C. ANASTASATU, conf. dr. MATEI BARNEA dr. ALIN BĂCLEȘANU, dr. D. D. BELLOIU, conf. dr. GH. BUCUR, dr. GH. BUNGEȚIANU, TITEL CANACHE, MIORIȚA CÎMPEAN, farm. SILVIA CHERECHEȘ, dr. MARIA CHIRILĂ, dr. PAVEL CHIRILĂ, dr. I. COJOCARU, dr. FL. COLONAȘ, conf. dr. doc. MARȚIAN COTRĂU, dr. N. CRIȘAN, prof. dr. AL. DIMITRESCU, dr. RENÉ DUDA, conf. dr. C. DUMITRESCU, dr. KLAUS FABRITIUS, dr. VALENTIN FILIP, TEODOR FRASIN, ELENA LEONORA FRUGINĂ, dr. AL. GHEORGHIU, dr. PAULA GRIGORESCU SIDO, PIA HAȚEGANU, farm. dr. ELENA HAȚIEGANU-BURUIANĂ, dr. OCTAVIAN IENIȘTEA, FLORIN IORDĂCHESCU dr. SMARANDA IOSIF, OTTO LEVAI, dr. FLOREA MARIN, D. C. MĂZILU, dr. MADELEINE MĂICĂNESCU-GEORGESCU, dr. GH. MĂMULARU, dr. MIHAI MIHĂILESCU, dr. VLADIMIR MIHĂILESCU, I. MURGAN, dr. TUDOR MURGESCU, VIORICA NANIA, ing. I. NEGREANU, NIC. NICOLAESCU, ALEXEI NICOLESCU, dr. OVIDIU OPRIAN, farm, dr. ENGLETINA PELEGRINO, conf. dr. doc. CORNELIA PĂUNESCU, dr. CAMELIA PÂRVAN, ARISTOTEL PÎRVULESCU, dr. RADU PIEPTEA, dr. PAULA I. POGĂCEANU, V. D. POPA, FLORENTIN POPESCU, dr. OCTAVIAN POPESCU, ROMULUS POPESCU, prof. dr. VALERIU POPESCU, I. POTING, dr. MARA RICMAN, VIOREL SANDU, dr. DORIN SĂRAFOLEANU, ADAM STOICA, ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR, prof. dr. doc. ȘT. ȘUȚEANU, NICULAE TĂCHE, GABRIELA TĂNASE, dr. AL. TEHODORESCU, N. TURTURESCU, dr. G. UNTEANU, I. VULPESCU, GH. ZARAFU.

Colectivul de redacție :

Redactor : **IOAN MURGAN**
Secretar de redacție : **FLOAREA NIȚĂ**
Tehnoredactor : **MIHAI ȘTEFĂNACHE**
Graficieni : **STAN MIRCEA ȘI DORANA COȘOVEANU**

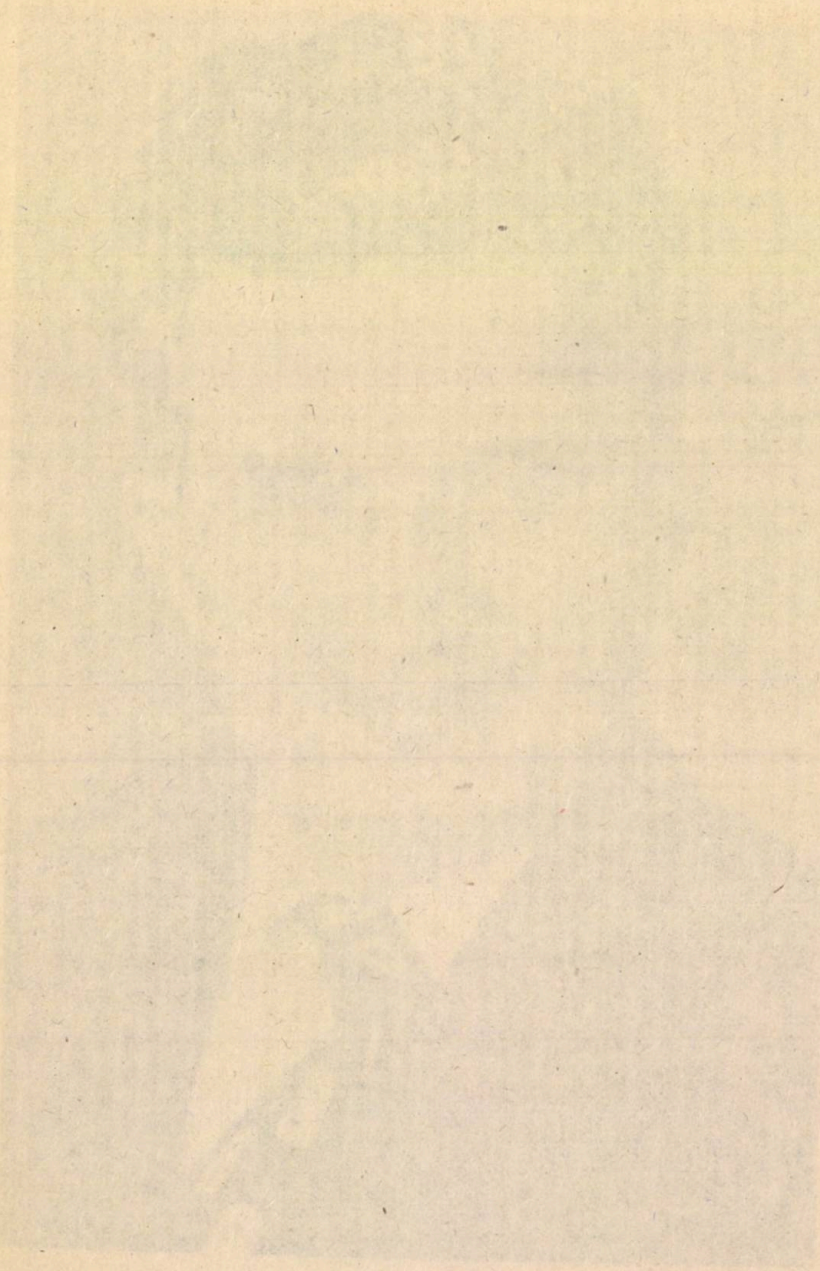
Tiparul executat la C.P.C.S.
C-da 80 462

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

Almanahul SĂNĂTĂȚII '89

Editura Medicală
București, 1989

93314



DIN CUPRINS

— Dubla față a oxigenului în biologie
— 70 de ani de învățământ medical la Cluj
— O problemă majoră de sănătate în atenția viitoarelor mame : distrofia endemică prin deficiență de iod
— Cura de slăbire în obezitate
— Este alergia o boală ereditară ?
— Interes crescînd pentru homeopatie
— Boala diareică acută la sugar și copilul mic — problemă de sănătate publică
— Omul are vîrsta arterelor sale
— Verucile
— Aspecte biomedicale ale zincului
— Călimănești—Căciulata, perlă balneară vîlceană
— Combaterea fumatului — sarcină primordială a apărării sănătății
— Aspecte psihologice la copiii handicapați
— Cefaleea
— Infecțiile repetate ale căilor aeriene superioare la copii
— Vița de vie și vinul în legende
— Cîte ceva despre alimentația rațională a conducătorilor auto
— Ce trebuie să știm despre hipotensiunea arterială
— Cura balneoclimatică în bolile cronice ale aparatului respirator
— În ajutorul gospodinelor : rețete dietetice
— Extravagantele orhidee — plante medicinale ?
— Furnica-faraon nu se numără printre cei poftiți în spitale
— Durerea — semnal de boală
— Medici-călători pe meridianele globului
— Medicamente care și-au cîștigat nemurirea
— Leonardo da Vinci — anatomist
— Ce trebuie să știm despre ocluzia intestinală
— Stările febrile de cauză neinfecțioasă la copil
— Ce trebuie să știm despre spondilita anchilozantă
— Medicina naturistă
— Medici transilvăneni, participanți la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918 de la Alba-Iulia
— Un destin și o posibilă pagină în istoria medicinii românești : dr. Hilarie Mitrea
— Traumatismele urechii și profilaxia lor
— Cîte ceva despre alimentația vîrstnicilor
— S.O.S. — Alergia medicamentoasă !
— Hemoragiile genitale ale femeii în vîrstă de peste 35 de ani
— Încă o pledoarie pentru mișcare
— Plantele medicinale, rezervă permanentă a terapeuticii
— Plăcerile drumeției și sănătatea
— Muzeul de igienă din Dresda
— Decalcifierea, semn de îmbătrînire sau dereglare hormonală ?
— Pubertatea — adolescența
— Un gest pentru eternitate : colecția medicului numismat G. Severeanu
— E bine să fim informați și despre candidozele genitale
— Cîte ceva despre cancerul cutanat
— Biocomunicația, transfer de informație biologică
— Răspundem... cititorilor
— Glume, versuri, anecdote, epigrame, jocuri rebusiste, aforisme etc.

CALENDAR'89

IANUARIE

L	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	1	8	15	22	29	

FEBRUARIE

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			
5	12	19	26			

MARTIE

L	6	13	20	27		
M	7	14	21	28		
M	1	8	15	22	29	
J	2	9	16	23	30	
V	3	10	17	24	31	
S	4	11	18	25		
D	5	12	19	26		

APRILIE

	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

MAI

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	7	14	21	28		

IUNIE

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			
4	11	18	25			

IULIE

L	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
M	5	12	19	26		
J	6	13	20	27		
V	7	14	21	28		
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

AUGUST

	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			

SEPTEMBRIE

L	4	11	18	25		
M	5	12	19	26		
M	6	13	20	27		
J	7	14	21	28		
V	1	8	15	22	29	
S	2	9	16	23	30	
D	3	10	17	24		

OCTOMBRIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

NOIEMBRIE

L	6	13	20	27		
M	7	14	21	28		
M	1	8	15	22	29	
J	2	9	16	23	30	
V	3	10	17	24		
S	4	11	18	25		
D	5	12	19	26		

DECEMBRIE

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		

CALENDAR'90

IANUARIE

L	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
J	4	11	18	25		
V	5	12	19	26		
S	6	13	20	27		
D	7	14	21	28		

FEBRUARIE

	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22			
2	9	16	23			
3	10	17	24			
4	11	18	25			

MARTIE

L	5	12	19	26		
M	6	13	20	27		
M	7	14	21	28		
J	1	8	15	22	29	
V	2	9	16	23	30	
S	3	10	17	24	31	
D	4	11	18	25		

APRILIE

	2	9	16	23	30	
	3	10	17	24		
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		

MAI

L	7	14	21	28		
M	1	8	15	22	29	
M	2	9	16	23	30	
J	3	10	17	24	31	
V	4	11	18	25		
S	5	12	19	26		
D	6	13	20	27		

IUNIE

	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24			

IULIE

L	2	9	16	23	30	
M	3	10	17	24	31	
M	4	11	18	25		
J	5	12	19	26		
V	6	13	20	27		
S	7	14	21	28		
D	1	8	15	22	29	

AUGUST

	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			

SEPTEMBRIE

L	3	10	17	24		
M	4	11	18	25		
M	5	12	19	26		
J	6	13	20	27		
V	7	14	21	28		
S	1	8	15	22	29	
D	2	9	16	23	30	

OCTOMBRIE

1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		
3	10	17	24	31		
4	11	18	25			
5	12	19	26			
6	13	20	27			
7	14	21	28			

NOIEMBRIE

L	5	12	19	26		
M	6	13	20	27		
M	7	14	21	28		
J	1	8	15	22	29	
V	2	9	16	23	30	
S	3	10	17	24		
D	4	11	18	25		

DECEMBRIE

	3	10	17	24	31	
	4	11	18	25		
	5	12	19	26		
	6	13	20	27		
	7	14	21	28		
1	8	15	22	29		
2	9	16	23	30		

EDITORIAL '89

PENTRU ÎNFĂPTUIREA POLITICII SANITARE, PROFUND UMANISTE, A PARTIDULUI

Anul 1989 reprezintă pentru țara noastră un an de importanță excepțională, în care vom sărbători cea de a 45-a aniversare a revoluției de eliberare socială și națională, antifascistă și antiimperialistă și, totodată, un an hotărîtor, în care se vor desfășura lucrările celui de-al XIV-lea Congres al Partidului Comunist Român, congres care va stabili strategia progresului social și economic al României socialiste pentru anii viitorului plan cincinal.

În cei 45 de ani de profunde transformări revoluționare și de prosperitate mereu crescîndă a țării noastre, perioada cea mai dinamică, cu cele mai grandioase realizări pe drumul luminos al socialismului și comunismului o constituie aceea pe care o denumim „Epoca Nicolae Ceaușescu". Progresele social-economice acumulate an de an în această perioadă au fost hotărîtoare pentru obținerea, pe un plan larg, a creșterii bunăstării materiale și spirituale a întregului popor și, implicit, a creșterii calității vieții, așa cum prevăd Directivele Congresului al XIII-lea al Partidului Comunist Român : „Se vor extinde cercetările pentru *creșterea calității vieții*, în corelare cu dezvoltarea forțelor de producție și cu prevederile de ridicare a bunăstării materiale și spirituale a întregului popor. *O atenție deosebită se va acorda promovării stării de sănătate a tuturor cetățenilor patriei, creșterii longevității și a duratei vieții active, stimulării natalității și asigurării sporului natural al populației*".

Asigurarea deplinei sănătăți și a creșterii vigoarei poporului nostru reprezintă deci un obiectiv esențial al politicii profund umaniste a partidului nostru, care a consacrat, an de an, fonduri din ce în ce mai importante, mai ample, din bugetul statului, pentru ocrotirea sănătății. Calculate pe cap de locuitor aceste fonduri alocate sănătății au crescut în prezent de 3 ori față de acelea din 1965.

Este un adevăr incontestabil că starea de sănătate este strîns legată de nivelul de trai, de condițiile social-economice în care trăiesc și muncesc oamenii. Tot ce s-a realizat pînă în prezent în țara noastră, în toate domeniile, a avut și are ca scop îmbunătățirea condițiilor generale, pentru ca oamenii să fie sănătoși, să fie apărați împotriva îmbolnăvirilor, să poată munci, în scopul dezvoltării continue a societății, a patriei noastre socialiste.

În mod considerabil a crescut și baza materială a ocrotirii sănătății, printr-un vast program de construcții sanitare — spitale, policlinici și dispensare — și s-a dezvoltat și perfecționat asistența medicală, nu numai pe plan curativ, terapeutic, dar, mai ales preventiv, prin dezvoltarea stațiunilor balneoclimatice, prin controalele periodice asupra sănătății celor ce muncesc, prin dezvoltarea sportului de masă, prin măsuri de protecția mediului înconjurător, precum și prin intensificarea educației sanitare a populației.

Stăruim asupra acțiunilor cu caracter preventiv, care s-au dovedit cele mai eficiente și cu perspective de viitor. Prin astfel de măsuri noi urmărim să realizăm în mod activ asigurarea și promovarea sănătății, printr-o *„medicină de întîmpinare"*, în contrast cu modul pasiv, prin consultații întîmplătoare, așa cum se proceda în vechea medicină. Tindem astfel să realizăm acea *medicină a omului sănătos*, concept modern, care folosește multiple acțiuni cu finalitate preventivă și

asupra cărora a stăruit tovarășul Nicolae Ceaușescu în cuvîntările sale rostite cu ocazia analizării problemelor privind starea de sănătate a populației țării noastre.

*

Pentru a înfăptui această uriașă operă de ocrotire și promovare a sănătății, dispunem nu numai de o bază materială mereu îmbunătățită, dar și de numeroase cadre medico-sanitare, situîndu-ne, din acest punct de vedere, printre țările cu cea mai bună situație de repartiție de personal medical în teritoriu.

Trebuie să recunoaștem, însă, că numai activitatea personalului medico-sanitar, oricît ar fi de vastă, nu este suficientă fără o amplă participare a populației la apărarea propriei sănătăți. În acest scop, în țara noastră s-a acordat o deosebită importanță dezvoltării *culturii sanitare a populației*, a propagării cunoștințelor științifice din domeniul medical în rîndul tuturor cetățenilor, începînd din copilărie și pînă la cei vîrstnici. În planul anual de activitate al Ministerului Sănătății, o componentă importantă o constituie *educația sanitară a populației*, prin cele mai variate mijloace : conferințe, publicații, presă, radio, cinematografie, televiziune etc. și cu contribuția organizațiilor obștești (sindicate, Societatea de Crucea Roșie etc.).

Dreptul la o cultură sanitară a devenit astăzi o necesitate absolută și recunoscută pe plan mondial. În acest sens vom înțelege mai bine și deviza aleasă de Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) pentru anul 1989 : *„Să educăm pentru sănătate"*. Această deviză va marca tot timpul anului activitatea acestei organizații mondiale, dedicate sănătății, și a cărei zi festivă, *Ziua sănătății*, o sărbătorim în fiecare an la 7 aprilie.

În această activitate dedicată culturii sanitare a populației, este ferm antrenată și Editura Medicală, care a depus și depune o susținută și meritorie activitate în acest sens, publicînd, de-a lungul celor peste 34 de ani de existență, numeroase lucrări de educație sanitară, ca de exemplu : „A.B.C.-ul Sănătății", „Ce, cum și cît trebuie să mănînce copilul", „Cartea tinerei mame", „Hepatita epidemică", „Medicina pentru familie", „Mama și copilul", „Alimentația rațională a omului sănătos și bolnav", „Îngrijirea sugarului și a copilului mic", „Fumatul", „Alcoolismul", „Diabetul", precum și alte multe titluri în cadrul colecțiilor „Regimul de viață și alimentația în..." diferite afecțiuni și „Știința și tehnica pentru toți", seria „Medicină".

Menționăm, de asemenea, că și în planul editorial pe acest an, precum și în planul editorial de perspectivă, figurează o multitudine de titluri privind educația sanitară a populației, Editurii Medicale revenindu-i un rol deosebit în această direcție.

*

În această operă de informare medicală a populației de către Editura Medicală, se înscrie și *Almanahul sănătății*, care apare de peste 25 de ani sub egida acestei edituri. Este suficient să aruncăm o privire asupra titlurilor articolelor — elaborate de reputați specialiști din țara noastră —, pentru a ne da seama de valoarea științifică și educativă a acestei publicații, în care se găsesc, totodată, numeroase articole și informații redactate concis, oglindind progresele cele mai recente ale medicinii, precum și pagini de destindere, de umor medical, dar în același timp și cu rol educativ (anecdote, epigrame, aforisme).

Așa cum am mai spus adesea, informarea medicală a populației nu este numai un scop în sine, ca simple informații, pentru a satisface curiozitatea cititorilor. Ceea ce dorim este faptul ca să și convingem cititorii, pentru a transpune în practică, în viața lor de toate zilele, toate recomandările făcute pentru sănătatea lor. A

combate sedentarismul, precum și obiceiul nociv al fumatului, abuzul de alcool, de medicamente (automedicația), a respecta un stil de viață și nutriție echilibrat, a înțelege sensul controalelor periodice medicale, fie pe plan general, fie pentru controlul unor afecțiuni cronice, iată ce au urmărit și urmăresc în continuare autorii și editura.

Așa cum subliniam și altădată, un astfel de almanah trebuie acceptat ca un tezaur de cunoștințe medicale, care trebuie în fiecare an citit, comentat și păstrat în biblioteca familiei, ca un „tratat" în mai multe volume consacrat sănătății. O astfel de lucrare nu trebuie concepută deci în sensul de a avea un rol trecător, de simplă lectură, de destindere, ci ca o amplă lucrare de informare medicală a populației, de completare a cunoștințelor de cultură generală ale acesteia, fapt foarte important, dînd astfel posibilitate populației de a cunoaște noile cuceriri științifice și de a contribui astfel la apărarea propriei sale sănătăți.

Și „Almanahul Sănătății 1989" se înscrie pe aceleași coordonate, ca cele apărute pînă în prezent. Tratarea în mod științific a subiectelor abordate, însă într-un stil adecvat, corespunzător publicului căruia i se adresează, are puterea de a-l convinge pe cititor și a-i lămuri multe semne de întrebare în legătură cu varietatea subiectelor tratate.

*

Înțelegînd astfel scopul și sensul unui almanah consacrat sănătății, cititorii vor contribui la realizarea acelui înalt îndemn al conducătorului statului nostru, tovarășul Nicolae Ceaușescu, privind medicina omului sănătos. Între sănătate și fericire există o legătură indisolubilă și ceea ce exprimăm prin urările noastre reciproce, urările de sănătate, este necesar să le și transpunem în fapte. O astfel de urare aveau și strămoșii noștri, romanii, prin urarea : *„Vive valeque"*.

Medicina modernă, așa cum o înțelegem și o aplicăm în statul nostru socialist, în mod egal pentru toți cetățenii, *a extins considerabil hotarele vieții active*. Din ce în ce mai mult persoanele vîrstnice nu mai constituie o povară pentru familie ci, așa cum a afirmat și demonstrat Institutul de Gerontologie și Geriatrie din țara noastră — primul institut de acest gen înființat în lume —, preocuparea esențială constă nu numai în a obține ani mai mulți, dar totodată *ani activi*, cu sănătate.

De asemenea, importanța acordată în țara noastră ocrotirii mamei și copilului ne situează printre țările europene cu o natalitate ridicată și cu o populație în plină creștere, ceea ce asigură un viitor tot mai luminos patriei noastre.

*

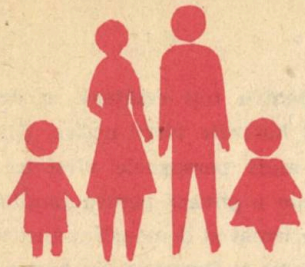
Conștienți de marile responsabilități care ne revin tuturor în răspîndirea cunoștințelor științifice din domeniul sănătății, vom contribui, printr-o cultură sanitară a populației de cel mai înalt nivel, la ridicarea pe o treaptă calitativ superioară a stării de sănătate a poporului nostru, a vigoarei și puterii de muncă, pentru a trece la o etapă superioară a construirii societății socialiste multilateral dezvoltate.

În acest sens trebuie să înțelegem acel însuflețitor îndemn al tovarășului Nicolae Ceaușescu : „Nu numai să afirmăm, dar să și punem în practică, în toate domeniile, implicarea activă a științei, a cercetării, în întreaga dezvoltare".

Noi și importante hotărîri vom avea de înfăptuit în anii ce urmează, în variate domenii de activitate, inclusiv acela al ocrotirii sănătății, pe baza hotărîrilor care se vor stabili la Congresul al XIV-lea al Partidului Comunist Român, pe calea progresului statornic socio-economic și al umanismului socialist.

Prof. dr. doc. **MARIN VOICULESCU**
PREȘEDINTE U.S.S.M.
MEMBRU CORESPONDENT
AL ACADEMIEI R.S. ROMANIA

EDITORIAL



DOCTORE,

Cînd nădejdea mă părăsise,
În afară din mine plecasem
Pe o albă cale
Fără întors...
Mi se părea că băteau grav clopote
Undeva, departe...
Auzeam cum psalmodia cineva
Dintr-o străveche carte...
Şi ai venit... cu chipul încordat
În luptă cu „Necunoscuta"...
Mîinile tale,
Neasemuitele mîini
M-au reclădit din nimic,
Din ultimul ţipăt stors
De lutul pe care îl părăsea
Suflul...

Ai venit şi ai risipit negura,
Aşa ca un demiurg,
Către lumină şi viaţă
M-ai readus,
Lăsînd undeva suferinţa...
Nici un cuvînt nu găsesc
Pentru tine,
Nici un cuvînt nu e prea frumos,
Doctore !...

ELENA LEONORA FRUGINĂ,
Membră a Cenaclului cultural-patriotic
„Vasile Cârlova"

DUBLA FAŢĂ A O_2 ÎN BIOLOGIE

Oxigenul este cel mai abundent dintre toate elementele care alcătuiesc învelişurile Pămîntului. El constituie : 23% din greutatea aerului (21% din volumul acestuia), 89% din greutatea apei şi 50% din greutatea mineralelor comune de pe glob. Pentru organismele vii el este elementul esenţial care asigură descătuşarea energiei din moleculele de alimente pentru a permite manifestările vitale.

Oxigenul pătrunde în organism prin funcţia acestuia numită *respiraţie*. Este interesant că animalele respiră dintotdeauna, dar multă vreme nimeni nu a interpretat fenomenul la justa lui valoare. Despre aer nu se ştia aproape nimic, iar oxigenul era total necunoscut. Abia acum 200 şi ceva de ani, *Joseph Priestley*, chimist şi teolog englez născut la Fieldhead, aproape de Leeds (1733—1804), a descoperit fenomenul respiraţiei la vegetale şi a izolat oxigenul în anul 1774. Numele de *oxigen* i-a fost dat mai tîrziu de Lavoisier* şi vrea să însemne că este *producător de acizi*.

La plante *respiraţia* are loc în mod difuz, la nivelul frunzelor, şi se produce concomitent cu *asimilaţia clorofiliană*, care primeşte energia de la soare, o înmagazinează, sintetizînd principii alimentare, mai întîi glucide, apoi lipide şi, în fine, protide.

La animale, mai ales la cele de tip superior, se diferenţiază, se specializează şi se perfecţionează un aparat respirator, al cărui rost este să aducă în organism oxigenul. Plămînul este adaptat pentru respiraţia aeriană. La acest nivel, oxigenul din aerul inspirat se fixează la hemoglobină, dînd un compus labil, *oxihemoglobina*, formă sub care oxigenul este transportat în tot organismul şi este gata să oxideze substratul alimentar (glucide, lipide, protide) adus pe cale digestivă. În acest sens Francisc Rainer * numea aparatele respirator şi digestiv cu un singur termen : *aparatul pentru importul materiei în organism*.

Dar nu despre pătrunderea materiei în organism vrem să vorbim acum, ci de modul cum este ea utilizată : despre nutriţie. Acolo, în profunzime, la nivelul fiecărei celule, se contopesc principiile alimentare cu oxigenul, ca să rezulte energia atît de necesară manifestărilor vitale.

* *Lavoisier* (Antoine Laurent de) = chimist francez, unul dintre creatorii chimiei moderne (1743—1794).

* *Rainer Francisc Iosif* = medic şi anatomist român, creatorul şcolii antropologice româneşti (1874—1944).

Ce frumos spunea prof. Gh. Litarczek, în anul 1946, cînd începea un curs de Fiziopatologie a nutriției, de nu puteai distinge cît este știință și cît e poezie : „Organismul animal transformă energia reversibilă, de frecvență mare și lungime de undă mică, pornită de la soare sub forma de material fotonic și înmagazinată în plante ca substanțe energogene, în energie calorică, cu frecvență mică și lungime de undă mare, care pornește în mod ireversibil către spațiile interplanetare infinite și se pierde în neant și în eternitate ; iar viața, ca un accident, țîșnește din această transformare". Vorbea cu dăruire și cu entuziasm ; îl ascultam cu sete, cu nerăbdare și speranța că vom putea trăi la propriu această... odă a vieții biologice, că vom putea să ne apropiem cît de puțin cu mintea de fenomenul intim, așa cum se petrece el în profunzimea celulară.

Nutriția este o funcție complexă prin care organismul superior organizat își procură *energia* necesară manifestărilor vitale și *materialul plastic* al enzimelor, hormonilor etc., material de înlocuire pentru uzură, de refacere pentru ce s-a pierdut în perioada de declin (denutriție, convalescență etc.), precum și material de creștere pentru perioadele în care organismul se dezvoltă (creștere, adolescență, sarcină etc.).

Materialul primar pentru toate acestea sînt principiile alimentare (glucidele, lipidele și protidele) aduse în corp pe cale digestivă. Ele ajung la nivel intim celular, după cum urmează : glucidele, sub forma de monozaharide, în speță glucoză ; lipidele, sub forma de acizi grași și glicerină, iar protidele, sub forma de aminoacizi. Ne mulțumim aci doar cu această enunțare, deși intimitatea fenomenului e mult mai vastă.

Aceste pietre de construcție elementare intră în reacții metabolice complexe prin care organismul nostru își produce propriile lui glucide, lipide și protide. Aceasta cînd predomină reacțiile *anabolice*. În perioada de consum, efort sau inaniție sensul reacțiilor se inversează. Se descompun principiile alimentare proprii ca să degaje energia de care organismul are nevoie ca să-și dezlănțuiască manifestările vitale : este complexul de reacții *catabolice*.

Și ca să ne apropiem de tema noastră principală, atît fenomenele anabolice, cît mai ales cele catabolice, se desfășoară sub acțiunea oxigenului. Acesta este instrumentul principal al degradărilor alimentare ca să rezulte energia.

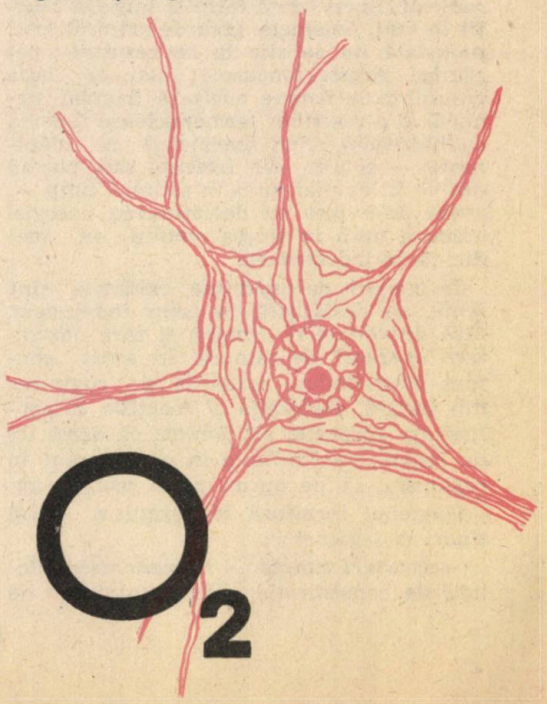
FAȚA CEA CUNOSCUTĂ A OXIGENULUI

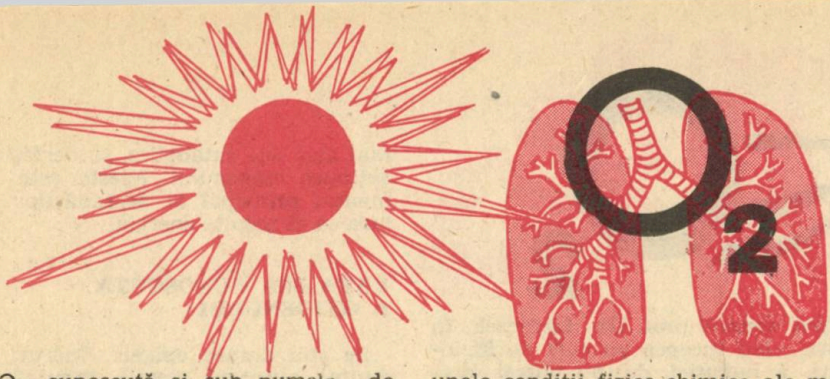
Se știu despre oxigen lucruri foarte multe : numărul atomic, greutatea atomică, punctul de topire, punctul de fierbere, densitatea substanței solide etc., pe care nu le notăm aci, pentru că se găsesc în orice carte de chimie și nu avem nevoie de ele în explicarea temei care ne preocupă.

Oxigenul este foarte reactiv și se combină ușor cu cele mai multe elemente. Sub forma pură, însă, își găsește echilibrul într-o moleculă biatomică : O_2. Multă vreme s-a crezut că formula oxigenului molecular ar fi : O=O, ceea ce ar însemna de fapt o covalență obișnuită. Pornind de la analiza altor caracteristici ale acestui element (raza covalentă = 0,66 Å *, iar raza Van der Waals = 1,40 Å), Linus Pauling conchide că cei doi atomi din molecula de oxigen au o legătură mult mai complexă. În acest sens, cei doi atomi de oxigen ar fi uniți în moleculă prin trei legături, și anume : o covalență simplă și două legături trielectronice după formula : O ⋮⋮⋮ O

Din cauza complexității legăturilor care se pot stabili între atomi, oxigenul se poate prezenta în natură și sub forma triato-

* *Å = Angström* = unitate de măsură pentru lungimile de undă a radiațiilor electromagnetice și corpusculare.





mică : O_3, cunoscută şi sub numele de *ozon*. Se găseşte în natură în concentraţie foarte mică, dar este foarte reactiv acolo unde există.

Oxigenul nu arde, dar întreţine arderea, producînd *combustii* sau *arderi vii*, care se însoţesc de degajarea de căldură şi uneori chiar de lumină. Uneori reacţiile oxidative sînt atît de puternice, încît se pot transforma în explozii, mai ales dacă reacţia are loc în spaţii închise şi la temperaturi ridicate. Cu hidrogenul, pentru a forma apa, combinarea oxigenului se face după mecanismul *reacţiilor înlănţuite*. În acest sens, se consideră că la temperaturi ridicate şi în prezenţa unor quante de energie luminoasă, hidrogenul se combină cu oxigenul formînd radicali hidroxili liberi : $H_2 + O_2 \rightarrow 2\ OH^{\cdot}$

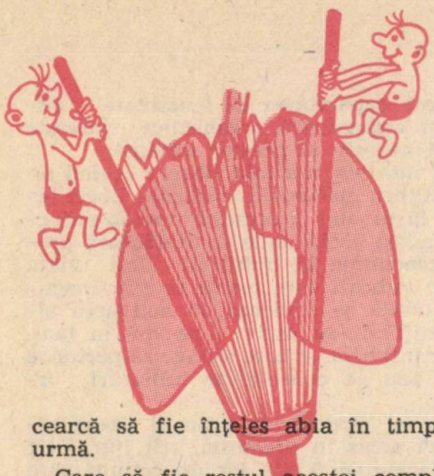
Radicalii liberi sînt molecule sau fracţiuni de molecule care la unul din atomi au un orbital ocupat numai de un singur electron, cu toate că d.p.d.v. electric sînt neutri. Se deosebesc astfel de ioni, care au sarcină electrică. Trebuie să menţionăm că radicalii liberi sînt foarte reactivi, au o viaţă scurtă şi se echilibrează prin scoaterea unui atom dintr-o altă moleculă, pe care o reactivează în modul acesta. Astfel, radicalii liberi odată formaţi iniţiază reacţii în lanţ, fenomene greu de stăpînit, căci niciodată nu se ştie la ce rezultat pot ajunge. Aceste fenomene stau la baza reacţiilor de fisiune nucleară (bomba atomică) şi a reacţiilor termonucleare (bomba cu hidrogen). Cînd fenomenul se stăpîneşte — şi asta, din fericire, este posibil din ce în ce mai mult în ultimul timp —, avem de-a face cu descătuşarea energiei atomice pusă în slujba omului : în medicină, în industrie etc.

În condiţii de umiditate, oxidările sînt *lente*, se desfăşoară în timp îndelungat, fără dezvoltare de lumină si fără dezvoltare *aparentă* de căldură. În acest context, menţionăm : oxidările şi ruginirea din natură, respiraţia şi reacţiile catabolice din corpurile vii. Pentru că acest tip de reacţii sînt întîlnite în mod curent în organism, să ne oprim puţin asupra lor.

Oxigenul formează în organism două tipuri de legături :

— *legături simple — neenzimatice*, dictate de concentraţia elementului şi de unele condiţii fizico-chimice ale mediului. La nivelul alveolelor pulmonare, unde oxigenul este concentrat şi unde se elimină bioxidul de carbon, deci scade aciditatea umorală, hemoglobina se uneşte cu oxigenul în oxihemoglobină, pe care sîngele o transportă la ţesuturi. Acolo, în condiţia în care s-a acumulat bioxidul de carbon şi pH-ul umoral scade şi unde oxigenul este în cantitate redusă, oxihemoglobina, care era şi aşa un compus labil, se descompune, punînd în libertate oxigenul, iar hemoglobina va face calea întoarsă către plămîn, încărcată de astădată cu bioxid de carbon ;

— *legăturile enzimatice* constituie alt tip de combinaţii ale oxigenului în organism. Să menţionăm că *oxidările* sînt reacţii complexe în cadrul cărora se produc una sau mai multe din următoarele fenomene : cîştig de oxigen, pierdere de hidrogen sau pierdere de electroni. Acestea sînt fenomene exact inverse fenomenului de *reducere*, care se materializează sub forma de : pierdere de oxigen, cîştig de hidrogen sau cîştig de electroni. Aceste reacţii sînt de regulă complexe, căci întotdeauna oxidarea unei substanţe se însoţeşte, în mod automat, de reducerea altei substanţe, sub toate formele menţionate mai sus şi invers. Din această cauză este mai corect să se discute nu de oxidări şi de reduceri, ci de fenomenul complex *oxido-reducere* sau de sistemele complexe *red-ox*. În modul acesta, înţelegem că în aceste fenomene intervin enzime ca oxidazele şi reductazele, între care vom cita : dehidrogenazele, transhidrogenazele şi, în fine, transelectronazele, enzimele transportoare de electroni. Acestea din urmă sînt unele *anaerobe*, între care vom cita diverse reductaze, în special citocromii reduşi, enzime care acţionează în absenţa oxigenului, iar altele sînt *aerobe*, care se confundă cu oxidazele, între care menţionăm citocromoxidazele, care aduc în metabolism influenţa oxigenului. În fine, să menţionăm cu această ocazie o grupă de enzime, cea a *peroxidazelor* şi *catalazelor*, care catalizează descompunerea apei oxigenate, care este un peroxid de hidrogen (H_2O_2). Ele au fost de multă vreme puse în evidenţă, dar rolul lor în-



cearcă să fie înțeles abia în timpul din urmă.

Care să fie rostul acestei complexități enzimatice ? Nimic nu este în natură de prisos. Am văzut mai înainte că unirea hidrogenului cu oxigenul s-ar putea efectua cu degajare de căldură, care poate merge pînă la explozie. Cum organismul presupune, pe lîngă alte constante, și izotermia *, această unire simplă ar putea fi incompatibilă cu viața. Pentru aceasta organismul este prevăzut cu o serie de dispozitive enzimatice care produc labilizarea, pe de o parte a hidrogenului, pe de altă parte a oxigenului. În forma lor finală, aceste elemente sînt transformate în ioni de sarcină electrică contrarie și mult mai lent se stabilește un echilibru electric, decît în cazul radicalilor liberi, care sînt instabili, reactivi și nu-și găsesc astîmpărul pînă nu reactivează un alt radical liber, pe care-l fac tot atît de agresiv în cadrul unor reacții în lanț.

Labilizarea hidrogenului și *cea a oxigenului* sînt fenomene în genere cunoscute. Le amintim aci, ca un material aperceptiv, pentru capitolul ce va urma. Hidrogenul, provenind de pe substratul alimentar, este activat în cadrul unor reacții enzimatice fosforilante, apoi are loc ionizarea prin intervenția unor transelectronaze : fiecare moleculă de hidrogen se transformă. prin pierderea a doi electroni. în 2 ioni de hidrogen : $2H \rightarrow 2H^{+}$. Această reacție se produce sub acțiunea unor fosfopiridin-enzime cu rol de dehidrogenaze, în compoziția cărora intră radicalul nicotinamidă : difosfo- și trifosfo-piridin-nucleotidele, cunoscute în literatură ca DPN și TPN. Într-o etapă următoare, fosfopiridin-enzima este oxidată (pierde perechea de electroni) pe seama unei flavinenzime FAD (flavin-adenin-dinucleotid), care este redusă prin perechea de electroni pe care-i primește, pentru a-i transporta către molecula de oxigen care, cu ajutorul acestora, se va transforma în oxigen ionic :

$^{1}/_{2}\ O_2 + 2e^{-} \rightarrow O^{--}$

* *Izotermie* = stare caracterizată prin menținerea temperaturii în limite constante.

Să menționăm că flavinenzimele au mai fost cunoscute și sub numele de *fermentul galben de respirație.*

Labilizarea oxigenului are loc în reacția citocromilor. Metalul citocromilor este fierul, care în forma redusă este bivalent (Cit. Fe^{++}), iar în forma oxidată este trivalent (Cit. Fe^{+++}). În ordinea în care intervin în acest lanț de reacții, seria citocromilor se eșalonează astfel : Cit. b→ Cit.c → Cit.a → Cit.a_3. Acesta din urmă a mai fost cunoscut și sub numele de *fermentul roșu respirator al lui Warburg.* El intervine în ultima instanță, transferînd electronii primiți de la substrat prin intermediul DPN — TPN, FAD și prin intermediul celorlalți citocromi, către oxigenul care se activează : $2Cit.a_3Fe^{+++} + {}^{1}/_{2}O_2 \rightarrow 2Cit.a_3Fe^{++} + O^{--}$.

Evident, aceasta este forma cea mai simplă și am lăsat afară, intenționat, toate problemele în discuție și toate ciclurile metabolice care, pentru articolul de față, ar fi complicat problema, mai mult decît s-o lămurească.

FAȚA NECUNOSCUTĂ A OXIGENULUI

Cum în lumea neînsufletită oxigenul întreține combustii sau arderi vii și oxidări lente, în organismul viețuitoarelor, pe lîngă arderile lente pe care le-am trecut în revistă mai sus, în cadrul cărora apărea apa metabolică, se pot ivi arderi violente care să nu fie compatibile cu o desfășurare normală a fenomenelor vitale.

Multă vreme nu s-a știut practic nimic despre acestea, sau observații izolate, ici-colo, erau departe de a fi interpretate corect. Citățm în acest sens cîteva observații. Unele au nuanță clinică, altele de laborator :

— expunerea la soare are un efect congestiv ; pleacă omul la mare, vara, în plină sănătate, avînd un mic punct de foliculită în obraz sau pe ceafă și, după o zi-două de plajă, foliculita se transformă în furuncul ;

— frigul poate avea o acțiune asemănătoare ; în zilele de iarnă, pornește copilul la școală, fără fular și, fără nici un prilej de contagiune, se întoarce acasă cu dureri în gît ;

— și o observație de laborator. În lumea animalelor și mai ales în lumea plantelor s-a pus de multă vreme în evidență prezența unor enzime bizare, care în condițiile mai sus-menționate n-ar avea o justificare. Este vorba despre *catalază* și *peroxidaze.* Ele intervin în descompunerea peroxidului de hidrogen, care este apa oxigenată. Dar de unde apă oxigenată (H_2O_2) în organism dacă după activarea

hidrogenului în condiții de anaerobioză și cea a oxigenului în reacția citocromilor rezultă în fond apă simplă : H_2O ? Și asta cu atît mai mult cu cît cantitățile de catalază și de peroxidază din organism sînt foarte mari, astfel încît, la pansarea unei plăgi cu apă oxigenată se dezvoltă mari cantități de oxigen-gaz. De aici rezultă faptul că enzimele care descompun apa oxigenată nu sînt întîmplător în organism, ci se găsesc în cantități mari, în conformitate cu nevoi biologice curente.

Toate acestea și multe alte observații rămase fără explicație multă vreme își găsesc sensuri reale în cercetările din ultimul timp, din ce în ce mai numeroase și din ce în ce mai ingenioase, cercetări care pun în evidență aspecte inedite ale acțiunii oxigenului în organism.

În afara acțiunii sale utile și indispensabile pentru manifestările vitale pe care o are oxigenul prin combinațiile sale în care pătrunde grație enzimelor, așa cum am văzut mai sus, oxigenul poate avea în organism — și chiar în organismele superior organizate — *un rol nociv de primă importanță*. Este vorba despre o intervenție a sa neenzimatică, cînd acționează sub forma *de radicali liberi* și constituie fața necunoscută pînă acum a oxigenului în biologie ; și spunem asta prin analogie cu fața necunoscută a lunii.

Cele mai frecvente forme de radicali liberi ai oxigenului în organism sînt : anionul hiperoxid (O_2^-), peroxidul de hidrogen (H_2O_4) și radicalul hidroxil liber (OH^*). Acestea sînt molecule sau fragmente moleculare echilibrate electrostatic, dar care au pe orbitalul extern al unuia dintre atomi un electron desperechiat, care le conferă o reactivitate foarte mare și, în consecință, o durată de viață foarte scurtă. Rolul lor nociv se datorește acțiunii hiperoxidante pe care o exercită intra- și extracelular, producînd mari tulburări structurale și funcționale.

Formarea radicalilor liberi *in vivo* are loc în împrejurări foarte diverse și este condiționată atît de factori externi (iradieri), cît și de factori interni. Între aceștia din urmă menționăm circuite metabolice în care participă oxigenul în diverse grade de activare, mai ales în cadrul proceselor catabolice, precum și unele substanțe toxice, fie de origine alimentară (alcoolul), substanțe medicamentoase, ca unele antibiotice, citostatice etc., sau, pur și simplu, substanțe chimice care ajung în organism în mod accidental (produși clorați, tetraclorură de carbon etc.).

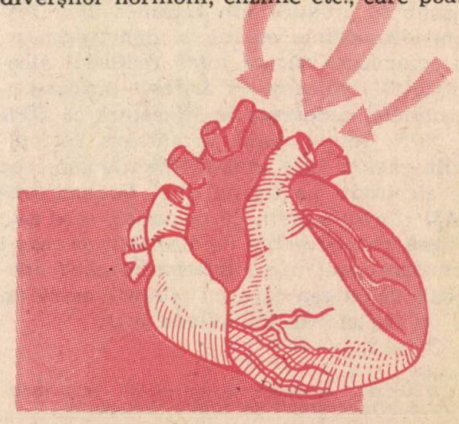
Este interesant faptul că acești radicali liberi apar în organism în mod permanent dar, avînd o rată de producție moderată, pot fi stăpîniți relativ bine cu ajutorul sistemelor de reglare ale organismului. Cînd însă producerea lor este excesivă și depășește capacitatea de inactivare a sistemelor regulatoare, organismul cunoaște efectul negativ al acestor produși.

Cum intervin radicalii liberi ? Avînd un dezechilibru electronic, radicalii liberi intervin la nivelul proceselor oxido-reductoare, adică acolo unde se desfășoară procesul biochimic al nutriției. Deși viața acestor radicali este foarte scurtă, inactivarea unuia se soldează cu activarea altora, inițiindu-se astfel o reacție în lanț, care se întreține și care ajunge să perturbe funcții sau să consolideze tulburări organice.

Ca nivel structural, radicalii liberi acționează difuz în organism, atît intra- cît și extracelular. Ținta lor de acțiune este în general molecula de lipide, în special cele care conțin acizi grași polinesaturați. Între acestea citățm mai ales *colesterolul*, care se găsește și în sîngele circulant, și *fosfolipidele*, care intră în compoziția diverselor filme lipidice sau lipido-protidice de la nivelul membranelor celulare sau de la nivelul structurilor infracelulare. În modul acesta se produc la început *tulburări funcționale*, în sensul că celulele atinse nu mai recunosc corect stimulii funcționali. Apar apoi *tulburări nutritive*. Activitățile enzimatice se reduc și, odată cu ele, schimburile de metaboliți. În consecință suferă prelevarea de material nutritiv ; iar celulele respective se atrofiază și mor.

Să menționăm că în cadrul acțiunii negative asupra lipidelor radicalii liberi pot afecta o serie de hormoni care au substanțe lipoide în compoziția lor. Între acestea, hormonii steroizi și prostaglandinele, care au acțiune asupra întregului organism și care intervin local în procese inflamatorii.

În afara structurilor lipidice, s-au dovedit foarte sensibile la acțiunea oxidantă a radicalilor liberi grupele ditiolice (—S—S—) din structura anumitor aminoacizi (polipeptide, protide etc.). Prin oxidarea acestor punți, fie ele intra- sau intercatenare, se produce o denaturare a diverșilor hormoni, enzime etc., care poate



merge pînă la inactivarea lor completă, cu toate consecinţele negative asupra organismului în totalitate. Să ne închipuim că în molecula de insulină s-ar rupe una sau mai multe asemenea legături. Hormonul ar fi total inactiv în metabolismul glucidelor. Ar urma diabetul cu toate consecinţele sale.

Să adăugăm că radicalii liberi au efecte negative asupra vaselor, mai ales asupra capilarelor şi asupra trombocitelor. Prin aceste acţiuni ei produc fenomene locale de tip congestie, tromboză etc., jucînd astfel un rol deosebit în complexitatea fenomenelor inflamatorii, care se caracterizează clasic prin : *tumor, dolor, calor, rubor şi functio laesa.*

În fine, în afara acestor efecte nocive, radicalii liberi mai exercită o acţiune iradiantă. Atunci cînd pentru un motiv sau altul radicalii liberi se cantonează în vecinătatea unor ţesuturi nobile, prin iradierea pe care o exercită, pot produce dezorganizări şi distrugeri celulare, care se soldează cu perturbări ale întregului organism, în măsura în care ţesutul iradiat îndeplinea o funcţie generală. Citäm în acest sens o teorie mai nouă care încearcă să explice patogenia diabetului juvenil prin iradierea pe această cale a beta-celulelor producătoare de insulină din pancreas.

Tot astfel, acţionînd pe această cale asupra celulelor pe cale de diviziune, radicalii liberi pot determina alterări moleculare ale proteinelor şi ale acizilor nucleici, cu consecinţe dezastruoase asupra diviziunii celulare şi asupra mesajului genetic. Nu este exclus ca ateroscleroza, cu toate consecinţele sale care caracterizează îmbătrînirea, să fie, cel puţin în parte, şi efectul acestor acţiuni.

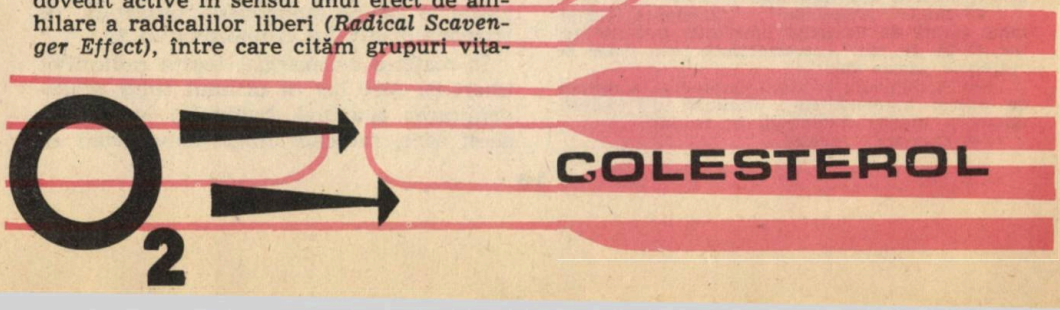
Mecanisme de apărare. Faţă de acţiunea nocivă a acestor radicali liberi, organismul are la îndemînă o serie de mijloace de apărare, pe care le încadrăm în două categorii : *enzimatice,* ca superoxid-dismutaza, catalaza, glutation-peroxidaza etc., enzime care se găsesc curent în organism şi care alcătuiesc sistemul de apărare împotriva perturbărilor radicalare, şi *neenzimatice,* o serie de substanţe care s-au dovedit active în sensul unui efect de anihilare a radicalilor liberi *(Radical Scavenger Effect),* între care citäm grupuri vitaminice ca acidul ascorbic, vitamina E, carotinoizii, glutationul redus etc. De menţionat că seleniul are o mare importanţă în compoziţia acestor compuşi antiradicalari.

CONSECINŢE CLINICE

Acumularea de radicali liberi în organism, fie că aceasta are loc prin supraproducere, fie prin ineficienţa epurării sau a stingerii lor, o putem considera din două puncte de vedere : în *cazuri fiziologice* (îmbătrînirea) şi în *cazuri patologice.* Aci vom analiza cîteva stări clinice care au fost corelate patogenic cu acumularea de radicali liberi în organism, fără să avem pretenţia că am epuizat problema, nici ca dimensiune (mai sînt şi alte afecţiuni în care sînt implicaţi radicalii liberi), şi nici ca profunzime. În acest sens, nu vom ajunge pînă la detalii şi nici nu vom aborda toate ipotezele care au fost formulate în legătură cu aceste fenomene.

Îmbătrînirea este o mare problemă de sănătate publică, mai ales astăzi, cînd durata medie de viaţă a crescut foarte mult. Îmbătrînirea se traduce clinic prin manifestări diverse de declin funcţional, prin deficite enzimatice, prin pierderea puterii de proliferare celulară, mai ales a celulelor parenchimatoase, şi prin modificări inverse ale ţesutului conjunctiv. La nivelul acestuia din urmă se observă o proliferare a proceselor de scleroză, atît cu privire la ţesutul fibrilar, cît şi la nivelul substanţei fundamentale, pînă la proliferarea celulelor conjunctive, inclusiv a celulelor gliale din sistemul nervos. Biologic este caracteristică îmbătrînirii acumularea în celule, mai ales în celulele nervoase şi miocardice, de lipofuscină, o substanţă-deşeu, care sporeşte sub acţiunea nocivă a radicalilor liberi. Aceştia acţionează şi asupra mesajului genetic care guvernează noua generaţie de proteine, rezultînd astfel modificări mai mult sau mai puţin importante ale enzimelor celulare, ale microfibrilelor colagenului, ale acidului hialuronic etc., constituenţi majori ai ţesutului conjunctiv, inclusiv ai substanţei fundamentale, punîndu-se astfel baza proceselor de scleroză şi fibroză, care caracterizează procesul de îmbătrînire.

Uneori îmbătrînirea biologică survine mai devreme, alteori mai tîrziu. Nu este exclus ca radicalii liberi să joace un rol important în legătură cu momentul instalării ei. Aceasta, cu atît mai mult cu cît



trizomia * pentru cromozomul 21 oferă un bun exemplu de îmbătrînire precoce şi cu cît aceşti pacienţi prezintă semne celulare cerebrale asemănătoare cu boala Alzheimer **, tulburare care în populaţia generală se întîlneşte mult mai rar şi la o vîrstă mai înaintată.

Hiperoxidarea ţesuturilor ischemice constituie un alt exemplu de efect nociv al oxigenului, care altfel este un element indispensabil vieţii. Cînd un ţesut a fost în ischemie şi se restabileşte aportul de oxigen, acesta poate deveni toxic prin componentele sale radicalare. În aceste împrejurări se observă o extindere brutală a leziunilor, atît la modelele experimentale, cît şi în cazurile clinice. În toate aceste împrejurări ischemia relativă iniţiază o serie de leziuni difuze de tip ischemic, care se instalează progresiv şi lent. La restabilirea circulaţiei sanguine, oxigenul se transformă în forme activate care atacă lipidele şi protidele, distrugînd structurile celulare de o manieră explozivă. Acest fenomen are o mare importanţă clinică şi stă în atenţia cercetătorilor pentru diverse împrejurări, între care citäm : transplantul de organe, suprimarea unor obstacole arteriale, cum ar fi coronaroplastia în caz de infarct miocardic, trombectomia sau plastii arteriale la nivelul extremităţilor etc.

În *patologia neonatală* se ridică o serie de probleme asemănătoare cu cele de mai sus. Fătul, care se dezvoltă în timpul vieţii intrauterine în condiţii hipoxice, trece la naştere, în mod brutal, în mediul aerian, unde oxigenul este mult mai concentrat. Aceasta presupune pentru întreaga fiinţă a nou-născutului un mare stres de supraoxigenare. În genere, copilul născut la termen are sistemul de adaptare bine dezvoltat, pe cînd la naşterile premature acest sistem este incomplet maturizat. Astfel. la prematuri se descriu de către specialişti o serie de afecţiuni produse prin toxicitatea radicalilor liberi oxigenaţi, între care citäm *retinopatia prematurului****, produsă printr-un proces de fibroplazie retrolentală, care în formele sale grave se poate *solda cu cecitate* ***** totală şi definitivă.

Displazia bronhopulmonară se instalează brusc, imediat după naştere la prematuri şi se manifestă printr-o insuficienţă respiratorie de tip cronic. S-au mai descris şi alte afecţiuni în acelaşi sens, ca : *encefalopatia prematurului*, cu fenomene de ischemie şi hemoragie cerebrală, precum şi manifestări digestive ca *enterocolita ulcero-necrozantă a prematurului.*

În *sfera digestivă*, radicalii liberi sînt implicaţii în fenomene generale care au răsunet asupra tubului digestiv (stres) şi în fenomene digestive care au repercusiuni asupra stării generale (ischemie, dezordini inflamatorii, edematoase, ulcero-erozive, ulceroase sau hemoragice ale tubului digestiv). La nivelul *ficatului*, acţiunea radicalară favorizează oxidarea alcoolului etilic în acetaldehidă. Eliminarea alcoolului este astfel întîrziată, iar acetaldehida distruge sistemele hepatocitare de protecţie contra radicalilor liberi. Se ajunge astfel la o potenţare a acţiunii toxice a alcoolului şi a radicalilor liberi, care întreţine hepatita cronică şi determină evoluţia sa cirogenă.

În *neurologie, maladia Parkinson* pare, de asemenea, să aibă o patologie radicalară. În acest sens pledează concentraţia redusă a peroxidazelor la nivelul nucleilor extrapiramidali în Parkinson. precum şi producerea experimentală a acestei afecţiuni prin administrarea de radicali liberi.

Demenţa senilă de tip Alzheimer este posibil să fie condiţionată, cel puţin în parte, de acţiunea nocivă a radicalilor liberi. Aceasta, cu atît mai mult, cu cît gena care deţine elaborarea de superoxid-dismutază se găseşte la nivelul cromozomului 21 şi cu cît leziunile cerebrale în această afecţiune sînt foarte asemănătoare cu cele găsite la tinerii mongolieni. purtători de trizomie la nivelul cromozomului 21.

În materie de *nutriţie*, teoria radicalilor liberi îşi face loc în ultimul timp pentru explicarea apariţiei diabetului juvenil. În acest sens, radicalii liberi concentraţi cu

* *Trizomie* = tip de aberaţie cromozomică. în care apare un cromozom supranumerar, într-o pereche cromozomică.

** *Boala Alzheimer* = demenţa Alzheimer, formă de demenţă presenilă, întîlnită între 40–60 de ani, caracterizată prin crize de epilepsie, afazie etc.

*** *Retinopatie* = stare patologică a retinei, de obicei asociată cu tulburări de vedere, edem şi uneori hemoragii în retină.

**** *Cecitate* = orbire.

ajutorul macrofagelor în interiorul insulelor lui Langerhans ar iradia celulele beta, producătoare de insulină, şi le-ar distruge, ducînd la o carenţă insulinică reală.

Ne oprim aci cu enumerarea stărilor clinice în care sînt implicaţi radicalii liberi, cu observaţia că ne găsim, practic, la începutul acestei ere în care, cu siguranţă că cercetările se vor înmulţi şi se vor găsi noi afecţiuni care să recunoască în etiologia sau patogenia lor intervenţia RL.

TRATAMENTUL

Să ne fie permis să rămînem în limita unor indicaţii generale, căci problema se află în curs de cercetare şi sîntem încă departe de formularea sau de standardizarea unor tratamente antiradicalare.

Cum fenomenul care se cere combătut este o hiperoxidare, măsurile antiradicalare vor avea în vedere frînarea procesului oxidativ în toate formele sale. El va avea următoarele direcţii de dezvoltare :

— ***combaterea hiperoxidării,*** care comportă o serie de măsuri *enzimatice,* între care citäm : superoxid-dismutaza, glutation-peroxidaza, catalaza etc. Între măsurile *neenzimatice* menţionăm antioxidanţi şi captatorii de radicali liberi. Să menţionăm numai, pentru a ne obişnui cu terminologia din literatură : captatorii de radicali liberi *(piégeurs de radicaux libres)* care urmăresc un *Quenching mechanism* (o acţiune de stingere) în vederea unui *Radical Scavenger Effect* (efect de anihilare a radicalilor) ;

— *favorizarea hidrogenării,* care se obţine cu ajutorul unor substanţe cunoscute : glutation > vitamina C > vitamina E > 2-caroten ;

— *donatorii de electroni* au fost, de asemenea, indicaţi în tratamentele antiradicalare. În acest sens, se menţionează, în ordinea eficienţei : vitamina C > vitamina E > 2-caroten > glutation. Menţionăm că multe speranţe s-au pus în asociaţia acid ascorbic + tocoferol. Evident, nici un tratament nu şi-a făcut încă proba timpului.

Dr. Radu PIEPTEA
medic primar

70 DE ANI DE ÎNVĂŢĂMÎNT MEDICAL LA CLUJ

Nu se stinseseră încă ecourile Marii Adunări Naţionale, desfăşurată la Alba Iulia, în acel memorabil 1 Decembrie 1918, şi era încă vie, în amintirea sutelor de mii de participanţi din Transilvania şi Banat, hotărîrea că „Unirea acestor provincii românești cu ţara mumă este pentru toate veacurile decisă", cînd un alt deziderat – cu implicaţii multiple asupra dezvoltării viitoare a ştiinţei şi culturii în aceste provincii – se profila la orizont : crearea unei universităţi româneşti la Cluj. Era acest obiectiv de atît de mult timp dorit, deopotrivă de intelectualii ardeleni, ca şi de cei din celelalte părţi ale României. Astfel, istoricul A.D. Xenopol afirma : „Un popor nu-şi poate întări organismul său naţional fără înmănuncherea tuturor puterilor sale intelectuale în marele aşezămînt cultural al unei Universităţi". La rîndul ei, revista „Transilvania", organ al „Astrei", comentînd această afirmaţie, scria, în aprilie 1914 : „...De aceea, va trebui să stăruim şi noi, din toate puterile noastre, ca să avem o Universitate proprie".

Unanim dorită, această universitate trebuia să fie şi prin denumirea ei strîns legată de istoria milenară a locuitorilor acestor meleaguri. Şi astfel, în primele luni ale anului 1919, cînd ideea creării unei universităţi româneşti prinde din ce în ce mai puternice aripi, viitoarea instituţie de învăţămînt a fost denumită „Universitatea Daciei Superioare". Denumirea, se pare, i-a fost dată de ilustrul istoric Vasile Pârvan, autor al unui studiu intitulat astfel, în

care pleda pentru asigurarea unei organizări ample și aparte viitoarei instituții de învățămînt superior a României.

În ianuarie 1919, două foruri științifice care își desfășoară lucrările la Sibiu – Congresul profesorilor secundari și Congresul medicilor români – cerură Consiliului Dirigent al Transilvaniei să preia și să naționalizeze Universitatea și Facultatea de Medicină din Cluj, ca urmare firească a actului istoric de la 1 Decembrie 1918.

A crea o instituție de învățămînt superior care trebuia să înglobeze, din prima zi de activitate, patru facultăți, în numai cîteva luni – cîte mai erau pînă la deschiderea noului an de învățămînt 1919/1920 – fără a avea la dispoziție toți specialiștii necesari, constituia o sarcină de enormă răspundere pentru Consiliul Dirigent al Transilvaniei. Și totuși ea a fost îndeplinită exemplar, pe baza unei profunde analize a situației și a posibilităților, printr-o minuțioasă pregătire desfășurată în deplin secret, cu un simț de răspundere și o perseverență aparte, de către secretarul general al Resortului de instrucție din cadrul Consiliului Dirigent, profesorul Onisifor Ghibu. Prin modul cum a fost pregătit planul de acțiune, prin exactitatea și operativitatea cu care s-a desfășurat, operațiunea preluării de către statul român a Universității din Cluj, a facultăților din componența ei și a clinicilor medicale s-a constituit într-un autentic act revoluționar, înfăptuit în numele poporului și în beneficiul acestuia.

În după-amiaza zilei de 9 mai 1919, Consiliul Dirigent, prin prof. Onisifor Ghibu, a propus tuturor cadrelor didactice ale Universității și facultăților să depună, în termen de 48 ore, jurămîntul de fidelitate față de România, renegarea lui aducîndu-le renunțarea la drepturile avute. Întrucît propunerea a fost refuzată în termenul stabilit, la 12 mai 1919 s-a trecut la preluarea integrală a Universității pe seama statului român, cu întregul ei inventar și toate instituțiile pendinte, supravegherea preluării fiind asigurată de persoane cărora li s-a comunicat, în ultimul moment, misiunea pe care o aveau de îndeplinit. Simultan au fost numiți, provizoriu : la conducerea rectoratului Universității – dr. N. Drăganu, iar la conducerea facultăților – dr. Pavel Roșca (litere și filozofie), dr. Al. Borza (științe), dr. Moise Ienciu (drept) și dr. Al. Nemeș (medicină). Conducerea clinicilor medicale a fost încredințată doctorilor Coriolan Tătaru, Constantin Stanca și Alexandru Nemeș ; de asemenea, conducerea și controlul Spitalului „Carolina" și a tuturor institutelor dependente de el, inclusiv Institutul „Pasteur".

Iată cum apreciază savantul Emil Racoviță actul revoluționar al preluării Universității clujene : «...în mai 1919, Comitetul revoluționar transilvănean, numit Consiliul Dirigent, a pus stăpînire „în mod pașnic" pe Universitate. Insist asupra cuvintelor „în mod pașnic", pentru că ele reprezintă realitatea faptelor și, mai presus de toate, starea de spirit a membrilor acestui Consiliu. Într-adevăr – și aceasta spre onoarea lui –, Consiliul Dirigent a propus personalului Universității să-și păstreze funcțiunile, prerogativele și situațiile, cu condiția legitimă, logică și indispensabilă de a depune jurămîntul de supunere față de noul regim. Dar s-a refuzat acest jurămînt și, în consecință, s-a manifestat în mod clar și deschis refuzul de a continua serviciile pentru stăpînii legitimi ai Transilvaniei».

Astfel, printr-o coincidență, ziua de 12 mai a devenit pentru „Universitatea Daciei Superioare" o zi de dublă aniversare, pentru că la 12 mai 1581 s-a înființat la Cluj, pentru prima dată, o instituție de învățămînt superior, pe baza diplomei dată de Ștefan Bathori, pe atunci rege al Poloniei și principe al Ardealului. În cei 338 ani de activitate (1581—1919), Universitatea din Cluj a cunoscut două etape : prima, între 1581 și 1872 (cînd au funcționat trei facultăți), și a doua, între 1872 și 1919 (cînd s-a înființat și o facultate de medicină, prin transformarea vestitei Școli medico-chirurgicale, unde catedra de oftalmologie a fost condusă de cunoscutul specialist român Ioan Molnar-Piuariu).

Dacă preluarea universității și a facultăților a constituit o sarcină de mare răspundere, deosebit de greu a fost de rezolvat și încadrarea lor cu personal didactic de o recunoscută competență. Sarcina a fost încredințată unei Comisii universitare, organ autonom provizoriu, condusă de valorosul filolog ardelean Sextil Pușcariu, care avea în componența sa perso-

Medicii care au preluat conducerea clinicilor : dr. C. Stanca (stînga), dr. Coriolan Tătaru (centru) și dr. Al. Nemeș (dreapta).

Comisiunea universitară din 1919. Rîndul de jos : dr. Gh. Marinescu, dr. V. Babeş, I. Teodorescu, S. Puşcariu (preşedinte), G. Longinescu, G. Tiţeica, dr. Manicatide, V. Pârvan. *Rîndul de sus :* O. Ghibu, I. Lupaş, dr. I. Haţieganu, L. Mrazec, E. Haţieganu, D. Gusti, G. Bogdan-Duică, N. Drăganu, Al. Borza. *Lipsesc :* P. Poni, N. Iorga, T. Stelian, dr. Juvara, dr. I. Moldovanu.

nalităţi ale ştiinţei şi culturii din patria mamă şi din Transilvania. Dintre aceştia, amintim pe: N. Iorga, V. Pârvan, D. Gusti, G. Bogdan-Duică, I. Lupaş, O. Ghibu, N. Drăganu (pentru Facultatea de Litere), G. Tiţeica, L. Mrazec, P. Poni, Al. Borza (pentru Facultatea de Ştiinţe), T. Stelian, G. Longinescu, I. Teodorescu, E. Haţieganu şi J. Pop (pentru Facultatea de Drept), Gh. Marinescu, V. Babeş, I. Juvara, M. Manicatide, I. Moldovanu şi I. Haţieganu (pentru Facultatea de Medicină).

Prestigiul ştiinţific al fiecărui membru al comisiei reflectă atenţia pe care România o acorda încadrării institutelor de învăţămînt superior de la Cluj, iar promptitudinea cu care personalităţile din componenţa comisiei au răspuns şi înalta răspundere cu care au acţionat au permis ca misiunea lor să se îndeplinească ireproşabil şi în timp scurt. In cadrul a două sesiuni (între 17 şi 24 iulie, la Cluj, şi între 10 şi 19 august 1919, la Bucureşti) Comisia universitară a definitivat încadrarea pe baza următoarelor principii : alegerea numai a unor persoane cu serioasă pregătire ştiinţifică ; invitarea ca profesori-oaspeţi a unor savanţi şi specialişti români stabiliţi în străinătate sau din universităţile patriei mame ; angajarea ca „agregaţi stagiari" a celor mai valoroşi tineri specialişti români ; invitarea, pe timp limitat, a unor savanţi francezi care „să pregătească pe tinerii români meniţi să-i înlocuiască". La Facultatea de Medicină au fost invitaţi ca profesori-oaspeţi C. Levaditi şi Emil Racoviţă din Franţa, V. Babeş, I. Cantacuzino, Gh. Marinescu. C. I. Parhon, N. Leon, de la celelalte universităţi ale ţării noastre.

Astfel, în primul an de învăţămînt (1919–1920) Facultatea de Medicină a avut următorii profesori : V. Papilian (anatomie descriptivă şi topografică), I. Nitescu (fiziologie), V. Babeş (anatomie, histologie patologică şi microbiologie), C. Levaditi (patologie experimentală), Iuliu Moldovanu (igienă şi igienă socială), Iuliu Haţieganu (clinică medicală), I. Iacobovici (clinică chirurgicală), I. Minea (clinică neurologică), C. Ureche (clinică psihiatrică), Cr. Grigoriu (obstetrică-ginecologie), Titu Gane (pediatrie), D. Michail (oftalmologie), N. Minovici şi A. Ionescu (medicină legală), G. Bilaşcu (stomatologie), N. Meţianu (O.R.L.), D. Negru (radiologie), Titu Vasiliu (anatomie patologică). Primul decan al Facultăţii de Medicină a fost Iuliu Haţieganu, iar primul rector al Universităţii, Sextil Puşcariu, ambii aleşi pentru un singur an de învăţămînt.

Demn de reţinut este faptul că după numirea profesorilor, aceştia au fost invitaţi să se mute (cu excepţia profesorilor-oaspeţi) definitiv la Cluj. In ciuda greutăţilor pe care le crea problema asigurării locuinţelor, la începutul lui octombrie 1919, aceştia au îndeplinit această cerinţă.

Deschiderea anului de învăţămînt a avut loc la 1 noiembrie 1919, cînd s-au prezentat la cursuri 1 800 de studenţi, efectiv care, după afirmaţia lui Sextil Puşcariu, fusese înregistrat de vechea universitate numai în 1902. Cei mai numeroşi studenţi erau la Facultăţile de Drept (888) şi Medicină (721).

Facultăţii de Medicină i-a fost alăturată şi Facultatea de Farmacie, care pînă în 1919 aparţinuse de Facultatea de Ştiinţe. In 1920 durata şcolarizării s-a mărit la această facultate la 5 ani, iar în 1925, la 6 ani.

In anii următori s-a dezvoltat activitatea ştiinţifică în cadrul a numeroase societăţi, asociaţii şi cercuri ştiinţifice medicale, s-a dezvoltat Institutul „Pasteur" (prin cuprinderea institutelor de histologie, patologie generală şi experimentală, biochimie, bacteriologie, igienă şi antirabic), s-a creat un institut de radiologie.

Prezenţa la conducerea catedrelor a unor valoroşi specialişti a contribuit la creşterea calităţii activităţii didactice şi ştiinţifice. De asemenea, unele catedre au constituit o noutate în învăţămîntul medical din acei ani. Este cazul catedrei de stomatologie, condusă de G. Bilaşcu, un pionier în această specialitate, organizator al „Primului Congres al Medicilor Dentişti din România" (1920), fondator al „Asociaţiei Medicilor Dentişti" (1923) şi al „Revistei de stomatologie" (1924), prima pu-

blicație cu acest profil ce apare într-o țară din sud-estul Europei. O altă catedră-unicat a fost cea de istoria medicinii, creată în 1923, din inițiativa lui I. Cantacuzino, E. Racoviță, I. Iacobovici, I. Hațieganu și I. Moldovanu, care i-au înțeles rolul pe care îl are într-o facultate de medicină. În acest scop a fost invitat, în 1921, iatroistoricul și parazitologul francez Jules Guiart, mare prieten al României, care a desfășurat o importantă activitate la Cluj, pînă în 1930. În această perioadă a pus bazele Institutului medico-istoric, unei bogate biblioteci și arhive (biografică și fotografică) și ale unui muzeu al farmaciei. De asemenea, a constituit un cerc larg de colaboratori, între care au fost și medico-istoricii Jenő Pataki și Gyula Orient ; totodată, a pregătit tineri iatroistorici valoroși, care îi vor continua activitatea, între care s-a afirmat — în mod deosebit — viitorul prof. Valeriu Bologa.

Centrîndu-și continuu activitatea clinică și de cercetare pe marile probleme sanitar-sociale ale Transilvaniei, școala medicală clujană în perioada interbelică a acordat o atenție constantă cercetărilor de patologie internă în beneficiul epidemiologiei bolilor cronice, studierii alimentației populației, bolilor sociale, concluziilor oferite de studii medico-sociale de teren, precum și educației sanitare și istoriei medicinii. De asemenea, s-a preocupat să asigure studenților cursuri, manuale și tratate necesare, înființînd în 1923 „Editura Universității", condusă de rectorul de atunci, I. Iacobovici. Aici au văzut lumina tiparului, primul tratat românesc de hematologie, de Titu Vasiliu, „Manualul de anatomie umană", de V. Papilian, „Propedeutica chirurgicală", de I. Iacobovici, tratatele de radiologie (de D. Negru), de sănătate publică (de I. Moldovanu) și de oftalmologie (de D. Michail), amplul tratat de medicină internă, de I. Hațieganu și I. Goia, precum și prima lucrare amplă despre transfuzia de sînge, de Traian Bona. Inițiativa de a asigura aceste lucrări și gama lor tematică largă i-au adus, în acei ani, Clujului, denumirea de „capitală a manualelor și tratatelor didactice".

Nori negri au întunecat în 1940 nu numai cerul Europei, ci și al Ardealului și Clujului. Nedreptul Dictat de la Viena a obligat transferarea activității didactice la Sibiu. Dar și în aceste condiții ea nu a cunoscut întreruperi.

Odată cu reîntoarcerea în orașul de pe Someș a început o nouă și dinamică etapă în viața acestui important centru universitar al țării. Reforma învățămîntului în 1948, crearea Institutului medico-farmaceutic și îndeosebi hotărîrile adoptate de Congresul al IX-lea al P.C.R. au contribuit la continua dezvoltare a învățămîntului medical și la Cluj. În cei 44 de ani de la Eliberare, o nouă și valoroasă pleiadă de cadre didactice s-a afirmat printr-un remarcabil simț clinic și prin calitățile pedagogice. Dintre aceștia, amintim pe Gr. Benetato, Octavian Fodor, Aurel Moga, Șt. Hărăguș, Ion Chiricuță, Aurel Nana, Ion Baciu, Crișan Mircioiu, Ion Păcuraru, Roman Vlaicu și mulți alții.

La aniversarea a 70 de ani de învățămînt medical clujean, rezultatele obținute — și mai ales în ultimii 23 de ani — oferă un bilanț concludent. Dintre acestea să amintim baza materială care s-a dezvoltat continuu, crearea unor noi discipline, între care biologia moleculară și genetică, triada „învățămînt, cercetare, producție", concept mobilizator pentru profesori și studenți, precum și activitatea de formare a medicilor și farmaciștilor de mîine, căreia i se acordă o pondere importantă la Cluj-Napoca. Și enumerarea rezultatelor pozitive obținute, rod al condițiilor create și a dorinței unanime de progres manifestată de dascăli și studenți, ar putea fi continuată, pentru a fi o luminoasă mărturie a ceea ce au însemnat cei 70 de ani de învățămînt medical clujean, dar și ca un cuvenit omagiu adus celor care din acel 12 mai 1919 și-au legat numele de făurirea și continua lui propășire.

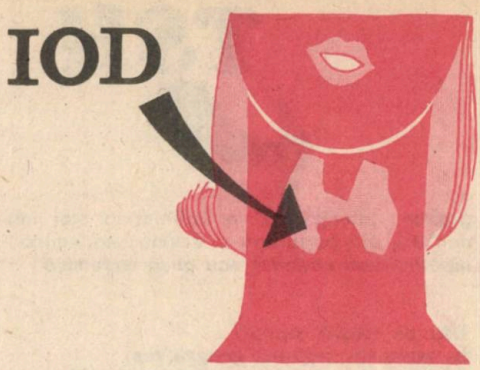
NICOLAE TURTURESCU

O PROBLEMĂ MAJORĂ DE SĂNĂTATE ÎN ATENȚIA VIITOARELOR MAME

DISTROFIA ENDEMICĂ prin deficiență de iod

Dr. D. D. BELLOIU,
medic primar I, Institutul de Endocrinologie

De fapt, este vorba de binecunoscuta și încă larg răspîndita *„gușă endemică"*, gușa nefiind altceva decît mărirea glandei tiroide. Astăzi, se știe că principala cauză a apariției gușii endemice este scăderea concentrației de iod din apă și alimente, cu alte cuvinte, aportul insuficient de iod în alimentație. Pentru înțelegerea problemei, considerăm ne-



cesar să prezentăm, în prealabil, cîteva noţiuni de fiziologie tiroidiană.

Care este relaţia dintre iod şi glanda tiroidă ?

In mod normal organismul uman are nevoie să ingere circa 150/μg (microgame) * de iod pe zi, ceea ce corespunde cu aceeaşi cantitate de iod care se elimină prin urină. Metoda cea mai simplă de a aprecia aportul de iod în alimentaţie este dozarea acestuia în urina de 24 de ore. Iodul care se găseşte în apă şi alimente, odată ingerat, se absoarbe integral prin intestin, intră în sînge şi apoi — destul de rapid — este captat de către glanda tiroidă, situată — după cum se ştie — în partea anterioară şi inferioară a gîtului. Glanda tiroidă este singurul organ care are proprietatea de a capta iodul din sînge, avînd nevoie de iod, ca materie primă, pentru fabricarea celor doi hormoni „iodaţi" pe care îi secretă.

Care sînt cei 2 hormoni iodaţi ai tiroidei ?

Primul hormon iodat tiroidian conţine 4 atomi de iod, se numeşte T_4 (sau *tetraiodotironină* sau *tiroxină)* şi se poate doza în sînge, unde, în mod normal, se găseşte în concentraţie de circa 9 000 ng/dl (nanograme pe decilitru). Al doilea hormon iodat tiroidian conţine 3 atomi de iod şi se numeşte T_3 *(triiodotironină).* Concentraţia normală a T_3 în sînge este de numai 130 ng/dl. In schimb T_3 este de 5 ori mai activ, adică mai puternic decît T_4, din care cauză T_3 este socotit drept adevăratul hormon tiroidian. Un argument în plus este faptul că la nivelul organelor corpului uman (ficat, inimă, creier şi chiar în placentă) există posibilitatea ca T_4 să se transforme, la nevoie, în T_3, prin pierderea unui atom de iod.

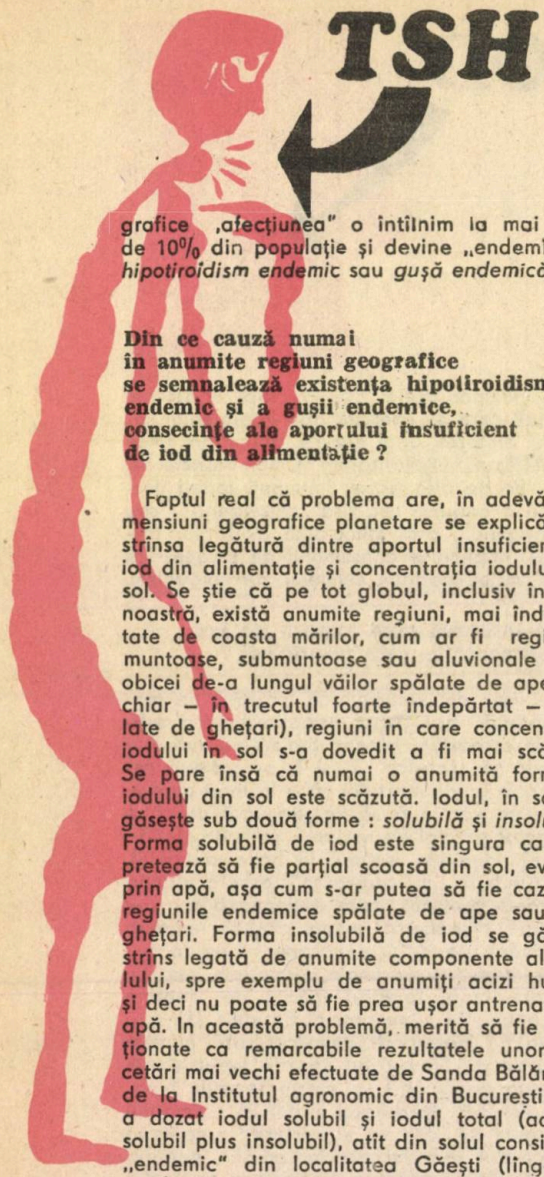
Care este rolul şi mecanismul principal de acţiune a hormonilor iodaţi tiroidieni în organism ?

In mare, T_3 şi T_4 desfăşoară o acţiune aşazisă „trofică", prin care se facilitează aprovizionarea tuturor celulelor cu anumite substrate indispensabile. Este de fapt o acţiune indirectă care se exercită prin intermediul stimulării sintezei unei enzime ubicuitare (Na^+ K^+ — ATPaza), implantabilă în membranele celulare. Pe de altă parte, hormonii iodaţi desfăşoară o acţiune aşa-zisă „calorigenă" sau „energogenă", prin stimularea oxidărilor (arderilor), implicit a consumului de oxigen, la nivelul mitocondriilor celulelor din organism.

Ce se întîmplă cînd aportul de iod din alimentaţie este insuficient ?

Este uşor de prevăzut că în lipsă de materie primă, mai exact nemaiavînd iod suficient la dispoziţie, glanda tiroidă nu mai este capabilă să „fabrice" T_3 şi T_4 pe măsura cerinţelor, în ciuda faptului că — în mod permanent — ea continuă să fie stimulată de către un „factor special de reglare", emis de glanda hipofiză. Hipofiza, situată la baza creierului, în aşa-numita „şa turcească", este o glandă endocrină centrală, care acţionează ca un adevărat „dispecerat" responsabil cu reglarea funcţionării glandelor endocrine subordonate : tiroida, corticosuprarenala, gonadele etc. Pe linie tiroidiană, factorul special de reglare este „hormonul stimulator al tiroidei" *(Thyroid Stimulating Hormone),* cunoscut sub numele prescurtat de *TSH.* Cînd lipseşte iodul, scade producţia de T_3 şi T_4 şi creşte secreţia hipofizară de TSH. Rezultatul vizibil al excesului permanent de TSH va fi creşterea progresivă a volumului glandei tiroide, adică apariţia guşii. Dealtfel, dozarea în sînge a excesului de TSH (cauza guşii) este cea mai relevantă analiză pentru confirmarea lipsei de T_3 şi T_4. Gravitatea situaţiei constă însă nu în apariţia guşii (cu TSH crescut), ci în apariţia — în diferite grade de intensitate — a consecinţelor metabolice cauzate de lipsa sau, mai corect, de insuficienţa hormonilor iodaţi tiroidieni, T_3 şi T_4 (care şi ei pot fi dozaţi în sînge în scop diagnostic), consecinţe care caracterizează maladia endocrină numită *hipotiroidism* sau *insuficienţă tiroidiană.* In concluzie, aportul insuficient de iod din alimente este cauza principală care declanşează apariţia hipotiroidismului şi, implicit, a guşii, simptom „vizibil", dar nu din cele mai grave. Gravitatea este mai mare cu cît hipotiroidismul apare la o vîrstă mai precoce. In hipotiroidismul fetal, care apare în timpul vieţii intrauterine, gravitatea devine maximă. In anumite regiuni geo-

* Reamintim că un microgram (μg) este a mia parte dintr-un miligram (mg), iar un nanogram (ng) este a mia parte dintr-un μg sau a milioana parte dintr-un mg.



grafice „afecțiunea" o întîlnim la mai mult de 10% din populație și devine „endemică" : *hipotiroidism endemic* sau *gușă endemică*

Din ce cauză numai în anumite regiuni geografice se semnalează existența hipotiroidismului endemic și a gușii endemice, consecințe ale aportului insuficient de iod din alimentație ?

Faptul real că problema are, în adevăr, dimensiuni geografice planetare se explică prin strînsa legătură dintre aportul insuficient de iod din alimentație și concentrația iodului din sol. Se știe că pe tot globul, inclusiv în țara noastră, există anumite regiuni, mai îndepărtate de coasta mărilor, cum ar fi regiunile muntoase, submuntoase sau aluvionale (de obicei de-a lungul văilor spălate de ape sau chiar — în trecutul foarte îndepărtat — spălate de ghețari), regiuni în care concentrația iodului în sol s-a dovedit a fi mai scăzută. Se pare însă că numai o anumită formă a iodului din sol este scăzută. Iodul, în sol, se găsește sub două forme : *solubilă* și *insolubilă*. Forma solubilă de iod este singura care se pretează să fie parțial scoasă din sol, evident prin apă, așa cum s-ar putea să fie cazul cu regiunile endemice spălate de ape sau de ghețari. Forma insolubilă de iod se găsește strîns legată de anumite componente ale solului, spre exemplu de anumiți acizi humici, și deci nu poate să fie prea ușor antrenată de apă. In această problemă, meritã să fie menționate ca remarcabile rezultatele unor cercetări mai vechi efectuate de Sanda Bălănescu de la Institutul agronomic din București. Ea a dozat iodul solubil și iodul total (adică : solubil plus insolubil), atît din solul considerat „endemic" din localitatea Găești (lîngă Pitești), cît și din solul considerat normal, „neendemic", din Băneasa—București, și a arătat că raportul procentual dintre iodul solubil și iodul total a fost semnificativ mai scăzut la Găești (1,37%), față de Băneasa (6,66%). Care pot fi consecințele previzibile ale acestei situații ? Deoarece iarba, grîul și alte plante nu pot absorbi din sol decît numai iodul solubil, este clar că ele însele vor fi cu atît mai sărace în iod cu cît solul respectiv va conține o cantitate mai mică de iod solubil. Nu poate fi deci surprinzător faptul, deja demonstrat, că vacile, oile și alte ierbivore care au păscut o iarbă mai săracă în iod vor fi în situația de a oferi populației umane carne și lapte cu un conținut mai scăzut în iod. Pe de altă parte, apa de ploaie care va traversa un sol „endemic", carențat în iod solubil, nu va reuși să antreneze decît o contitate limitată de iod, care se va regăsi în fîntîni, în izvoare și, pînă la urmă, într-o apă de băut net carențată în iod. In concluzie, cunoscînd toate datele și noțiunile prezentate pînă acum, considerăm că se poate mai ușor înțelege de ce deficiența de iod solubil în solul unei regiuni „endemice" poate duce la scăderea iodului din dietă (din apă și alimente) și, implicit, la un aport mai scăzut de iod la nivelul tiroidelor umane, din care cauză va scădea „producția" de T_3 și T_4, așa cum se întîmplă în hipotiroidism și va crește, în schimb, secreția hipofizară de TSH care, la rîndul ei, va condiționa apariția gușii ; cu alte cuvinte se poate înțelege, în linii mari, fiziopatogenia „gușii endemice", unul din obiectivele acestui articol.

Ca un al doilea obiectiv ne-am propus să demonstrăm gravitatea reală a acestei maladii endemice atunci cînd ea se instalează foarte precoce, și anume la făt, adică în timpul vieții intrauterine, motiv pentru care dorim să ne adresăm, în primul rînd, viitoarelor mame, direct interesate de sănătatea lor și mai ales de sănătatea și viitorul social al copiilor lor.

Termenul de „gușă endemică", fiind departe de a sugera vreo gravitate, s-a propus a fi schimbat.

Ce se înțelege prin „distrofie endemică prin deficiență de iod" (DEDI) și cum s-a ajuns la formularea acestui termen ?

Relativ recent, B.S. Hetzel, în revista *Lancet* din 23.XI.1983, a criticat, ca inadecvat, termenul de „gușă endemică", obiectînd că se referă la un singur simptom, gușa, în aparență banal și benign, fapt care nu numai că ar distrage atenția de la gravitatea bolii, dar ar crea unele dificultăți în aplicarea măsurilor profilactice. El a propus un nou termen, mai „patogenic" (în sensul că ar preciza *cum* apare boala), și anume : „tulburări prin deficiență de iod" sau „IDD" *(„Iodine Deficiency Disorders")*, termen care pare să „prindă", adică să fie din ce în ce mai mult acceptat.

Nu trebuie însă să uităm o prioritate. Acum circa 40 de ani, la noi în țară, acad. Ștefan Milcu a criticat, de asemenea, termenul de „gușă endemică" și a propus să fie înlocuit printr-un termen care să precizeze „natura distrofică" a bolii, și anume : „Distrofie Endemică Tireopată" (DET). El a arătat, primul, că nu poate fi vorba de o maladie localizată numai la tiroidă, ci de o maladie care cuprinde întregul organism, în diferite grade de intensitate.

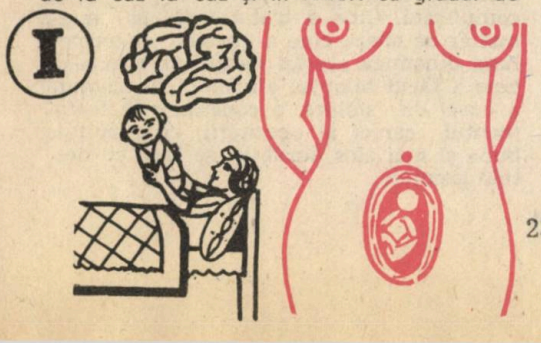
Etimologic, cuvîntul „distrofie" presupune o „tulburare nutrițională" sau „de dezvoltare" *(dis* = tulburare ; *trefein* = nutriție sau dezvoltare). Deficiența de iod în sol, în alimentație și la nivelul tiroidei, condiționînd deficiența în sinteza unor hormoni a căror acțiune metabolică principală este de natură *trofică*,

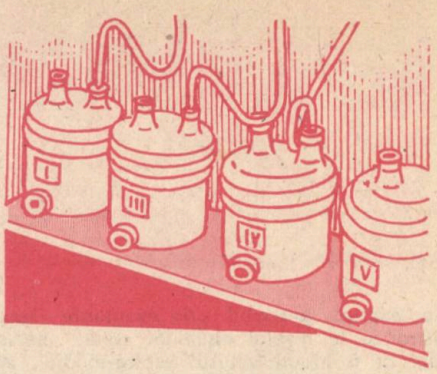
stimulatoare a proceselor de dezvoltare, nu poate să nu aibă repercusiuni din cele mai grave asupra copilului mic și în special asupra fătului. Se știe doar că în timpul vieții intrauterine dezvoltarea somatică (a corpului), dar mai ales a sistemului nervos central (a creierului), se desfășoară cu viteză maximă. O dovadă este și faptul că valoarea raportului dintre volumul capului și volumul corpului este net mai mare la copilul nou-născut față de adult, ceea ce atestă că procesul de dezvoltare a creierului a avut loc cu precădere în timpul vieții intrauterine. Lipsa acțiunii trofice a hormonilor tiroidieni în perioada fetală, adică în plină perioadă de dezvoltare, este de natură să influențeze pregnant apariția distrofiei endemice, dintre ale cărei multiple aspecte, două pot fi considerate majore, semnificative și măsurabile clinic : în primul rînd, *hipotrofia cerebrală* și apoi *hipotrofia somatică* sau *staturală*. Hipotrofia cerebrală, adică nedezvoltarea integrală a creierului, este însoțită totdeauna de o scădere corespunzătoare a coeficientului de inteligență, iar hipotrofia somatică poate fi ușor apreciată prin scăderea înălțimii corpului sub limita normală programată genetic. Mecanismul „trofic" de acțiune al hormonilor tiroidieni și prezența, printre altele, a celor două „hipotrofii" amintite, consecințe ale hipotiroidismului fetal prin deficiență de iod, argumentează cît de indispensabil și de adecvat este termenul de „distrofie endemică", propus de acad. Milcu. Pe de altă parte și noțiunea patogenică „prin deficiență de iod", propusă de Hetzel, este la fel de indispensabilă. Combinînd aspectele pozitive ale celor două propuneri rezultă denumirea de „Distrofia endemică prin deficiență de iod" (DEDI).

In continuare, intenția noastră este să lămurim în ce constă „pericolul DEDI" pentru mamă și pentru copil. Pentru mamă, care practic nu are probleme de dezvoltare, pericolul DEDI nu poate fi la fel de grav ca cel pentru copil, care, în etapa prenatală, se găsește în plină perioadă activă de dezvoltare cerebrală (și insistăm să subliniem că acest fel de dezvoltare are o importanță primordială).

Sub ce forme clinice poate să apară DEDI la femeia gravidă și la fătul respectiv ?

In general, deficiența de iod în dietă nu poate să fie egală pentru toți, ci este diferită, de la caz la caz și în raport cu gradul de





„endemizare" a regiunii. Așa cum s-a amintit mai înainte, deficiența de iod la nivelul unei persoane poate fi pusă în evidență prin aprecierea „ioduriei", adică prin simpla dozare a iodului în urina de 24 de ore (normal : între 150–80/μg). Aspectul clinic și gradul de gravitate al DEDI va fi, de asemenea, diferit, în mod corespunzător cu valorile ioduriei. Formele clinice ușoare, avînd (după O.M.S.) * gradul I de gravitate, ar corespunde cu o iodurie nu prea scăzută, și anume : între 80–50/ μg/zi. Formele clinice de gravitate mijlocie (gradul II) și de gravitate severă (gradul III) ar corespunde cu o iodurie între 50–20/μg/zi și, respectiv, sub 20/μg/zi.

In condiții oarecum identice în privința lipsei de iod în alimentație, consumul de T_3, T_4 și iod este – în mod fiziologic – mai mare la gravide, față de negravide. Din această cauză gravidele au o mai mare „nevoie de iod", deci o mai mare „deficiență de iod" și, drept consecință, sinteza de T_3 și T_4, fiind relativ mai mică, se va accentua hipotiroidismul, care, la rîndul lui, va induce creșterea ripostei de TSH, implicit apariția gușii sau amplificarea unei guși preexistente. Pe scurt, hipotiroidismul și gușa ar constitui, la nivelul organismului matern, singurele manifestări clinice mai importante ale DEDI, indiferent de valorile ioduriei. Acest aspect clinic, în aparență benign, la mamă este prevenibil (prin administrarea prealabilă de tablete de iodură de potasiu sau de „tiroidă") și chiar corectabil (prin tablete de T_3, T_4 sau de „tiroidă").

In schimb, la nivelul organismului fetal, în plină dezvoltare cerebrală, situația poate fi cu mult mai gravă. Gravitatea este direct proporțională cu valorile, oarecum arbitrare, ale celor trei grade de scădere a ioduriei la mamă. Se știe că deficiența de iod a mamei condiționează deficiența de iod a fătului.

Dacă ioduria la mamă este foarte scăzută, sub 20/μg/zi (DEDI de gradul III), copilul care se va naște va prezenta, printre altele, o *hipotrofie cerebrală* (adică o nedezvoltare a creierului) din cele mai severe. Aspectul clinic este diagnosticat și sub denumirea de „cretinism endemic de tip neurologic", simptomele principale fiind : în primul rînd o accentuată deficiență mintală, uneori surdomutitate, diplegii spastice etc., pe lîngă nelipsita hipotrofie staturală, plus sau minus gușă. Lipsa gușii

* Organizația Mondială a Sănătății.

s-ar explica, probabil, prin eventuale leziuni distrofice la nivelul anumitor centri nervoşi, cum ar fi hipotalamusul ventro-medial, care controlează sau stimulează secreţia hormonului TSH, cu acţiune guşogenă. In general, cazurile grave de „cretinism endemic de tip neurologic" (DEDI-III) sînt foarte rare, frecvenţa lor într-o anumită regiune avînd valoarea unui „indice" de gravitate al endemiei.

Dacă ioduria la mamă este moderat scăzută, între 20—50/μg/zi (DEDI-II), hipotrofia cerebrală şi somatică a copilului care se va naşte vor fi prezente, dar ceva mai puţin grave, iar aspectul clinic poate fi diagnosticat drept „cretinoidism endemic". Pacienţii respectivi prezintă, pe lîngă guşă, un coeficient de inteligenţă mai redus şi uneori chiar un hipotiroidism de tip mixedematos, adică cu împăstare edematoasă a tegumentelor.

In fine, dacă ioduria la mamă este numai uşor scăzută, între 50—80 μg/zi (DEDI-I), situaţia cea mai frecvent întîlnită, hipotrofia cerebrală şi somatică a copilului care se va naşte vor fi minime, iar aspectul clinic ar corespunde cu diagnosticul clasic de „hipotiroidism endemic" şi de „guşă endemică".

In orice caz, printre alte simptome ale hipotiroidismului endemic fetal, merită menţionată şi existenţa unei constante diminuări a coeficientului de inteligenţă precum şi a unui anumit grad de hipotrofie staturală, în afară de guşă. *Or, nici o mamă din lume, dacă este conştientă şi informată, nu poate rămîne indiferentă cel puţin la perspectiva afectării performanţelor intelectuale ale viitorului său copil.*

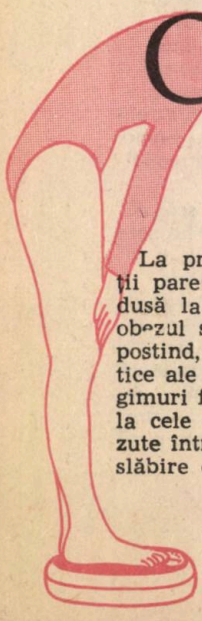
Dacă am insistat asupra consecinţelor DEDI la nivel fetal este pentru că funcţiunea creierului tocmai la această vîrstă este alterată în gradul cel mai puternic şi uneori chiar ireversibil. Sigur că distrofia endemică afectează şi nou-născutul, şi copilul, şi adultul, dar în ordine descrescîndă, astfel încît tratamentul trebuie făcut în mod corespunzător, de către medicul endocrinolog, la orice vîrstă.

Concret, ce trebuie să facă o viitoare mamă pentru evitarea DEDI ?

Orice femeie, care locuieşte într-o regiune endemică, chiar înainte de a rămîne gravidă, va trebui să accepte tratamentul profilactic cu sare iodată, care de fapt se adresează întregii populaţii. Pentru orice eventualitate, mai ales dacă în regiunea endemică respectivă ar exista îndoieli în ceea ce priveşte aplicarea corectă a sării iodate, medicul endocrinolog ar putea să prescrie o tabletă de iodură de potasiu (1 mg) pe săptămînă, oricărei femei care doreşte să devină gravidă. Din momentul cînd rămîne gravidă va fi luată în evidenţă şi acelaşi medic îi va prescrie, obligatoriu, 2 tablete de iodură de potasiu pe săptămînă, în tot timpul sarcinii şi al alăptării.

Dacă medicul constată că gravida mai are şi guşă însoţită de fenomene de hipotiroidism, în afară de iodura de potasiu, îi va recomanda, în doza pe care o consideră adecvată, tablete de „tiroidă" (0,045 g) sau de T_4, în tot timpul sarcinii şi alăptării, rămînînd, bineînţeles, sub control medical şi după aceea.

Practica a dovedit că o astfel de conduită terapeutică profilactică a „distrofiei endemice prin deficienţă de iod" (DEDI) este — în adevăr — nu numai simplă, dar şi eficientă.



Cura de slăbire ÎN OBEZITATE

La prima vedere, tratamentul obezităţii pare o problemă oarecum simplă. Redusă la formula superficială că, dacă obezul se îngraşă mîncînd, el va slăbi postind, redusă la simplele indicaţii dietetice ale unei reviste-magazin, la unele regimuri fanteziste pe bază de „puncte" sau la cele cîteva kilograme în greutate scăzute într-un timp record, printr-o cură de slăbire eroică, dar rapid abandonată, datorită formulării ei neobişnuite şi greu de menţinut în timp, problema nu pare deloc complicată. Cine a tratat însă un mare număr de obezi, cine a urmărit pe termen lung dinamica acestei terapii şi, mai ales, cine a făcut bilanţul eficienţei la distanţă a curei de slăbire, a constatat că tratamentul corect al obezităţii, cu rezultate bune şi mai ales durabile, se face cu destulă greutate.

Dificultățile sînt multiple ; ele trebuie să fie bine cunoscute și bine analizate în momentul în care ne angajăm să facem tratamentul unui obez.

O primă dificultate și de cea mai mare importanță o reprezintă, în etapa actuală, insuficienta cunoaștere a mecanismelor intime, patogenetice, care declanșează și realizează excesul ponderal. Deși s-au făcut mari progrese în această privință, sîntem încă departe de a cunoaște, în intimitate, toate defectele metabolice care stau la baza obezității.

Un studiu recent efectuat în Danemarca pe 5 455 de persoane adoptate, cercetînd părinții adoptivi și părinții biologici, a ajuns la concluzia că din punct de vedere al masei corporale, indivizii se aseamănă cu părinții lor biologici și nu cu părinții lor adoptivi. Aceasta ar pleda pentru rolul factorului genetic, binecunoscut, dealtfel, în etiologia obezității. Aceste date nu trebuie absolutizate, iar în studiul menționat se precizează că aceste rezultate trebuie interpretate cu prudență, întrucît moștenirea adipozității nu este o fatalitate de neevitat, întrucît studii epidemiologice la om și animal au arătat importanța factorilor de mediu, respectiv factorii dietetici, adică abuzul alimentar.

În acest sens, deși terapeutica nu și-a spus nici pe departe ultimul cuvînt în tratamentul obezității, tratamentul dietetic bine condus este susceptibil să rezolve o mare parte din formele comune ale obezității generalizate, prin fixarea unor noi reflexe condiționate alimentare și respectiv prin reeducarea individului în problemele de alimentație zilnică.

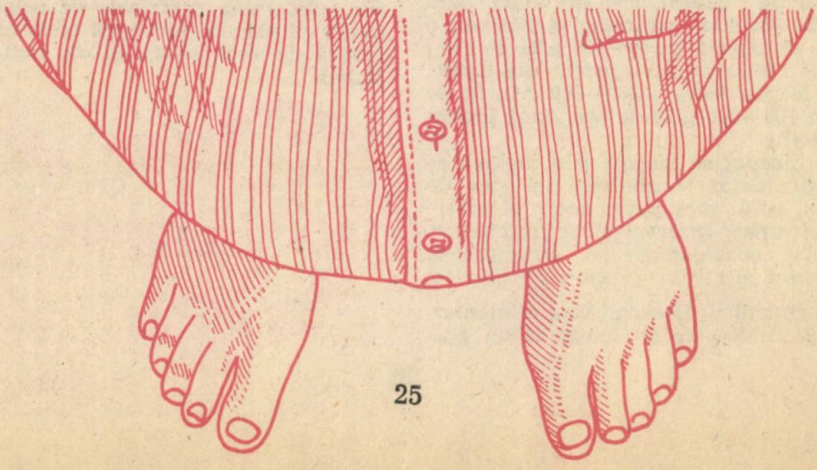
A doua dificultate în tratamentul obezității este durata practic nelimitată a acestuia. Individul bolnav cooperează mult mai ușor la un regim sau la o terapeutică limitată în timp, decît la una care cuprinde practic toată durata vieții. S-a observat că obezii sînt mai sensibili la regimurile improvizate, date de nespecialiști, care le promit unele efecte rapide și senzaționale, decît la indicațiile date de medic, care îi semnalează de la început dificultățile, dar mai ales durata prelungită a acestui regim.

Întrucît regimul din obezitate este un regim „de cursă lungă", el nu poate fi prea restrictiv, motiv pentru care curele drastice de foame, postul absolut prelungit — atît de nefiziologic — nu pot duce la rezultate durabile. Fiind vorba în ultimă instanță de restructurarea substanțială a întregului comportament alimentar al obezului, trebuie să aplicăm, pe cît este posibil, un regim alimentar cît mai apropiat de obiceiurile alimentare anterioare. Trebuie avute permanent în vedere unele preferințe ale obezului, precum și posibilitățile sale materiale și practice de a menține regimul indicat, în ambianța sa familială și socială. Orice nesocotire a acestor imperative nu numai că va compromite cura de slăbire, dar va duce chiar la accentuarea obezității.

O a treia dificultate, legată de cea precedentă, este de ordin psihologic, educativ, mai ales la obezii adulți și vîrstnici. Dacă la obezii tineri considerentele de ordin estetic reprezintă un stimulent important, după o anumită vîrstă, mai ales la femei, aceste probleme nu mai constituie o preocupare și, în condițiile unei pregătiri profesionale mai modeste, în lipsa altor preocupări care să le sustragă de la problemele dominante legate de consumul alimentar, aceste persoane nu reușesc să renunțe la satisfacția oferită de o masă, dacă nu copioasă, abundentă, în orice caz.

Această constatare ne duce la concluzia că problema obezității nu se rezolvă numai prin simpla indicație a unui regim alimentar, ci comportă unele implicații sociale și psihologice, ca și asanarea unor influențe de ordin psihic și psihologic. Din acest punct de vedere semnalăm că psihoterapia este încă insuficient aplicată în tratamentul obezității.

O a patra dificultate o constituie lipsa unei legături permanente între medic, personal de asistență socială și pacient. Experiența noastră ne-a arătat că cele mai importante succese terapeutice se obțin



acolo unde s-a realizat un contact periodic regulat între medic şi pacient.

În mod practic, indiferent de modalitatea patogenetică prin care se realizează forma comună a obezităţii generalizate, baza unei terapeutici eficace, la nivelul cunoştinţelor noastre actuale, este tratamentul dietetic. Orice alt tratament este ineficace, dacă nu se însoţeşte de un regim alimentar corespunzător.

Dietetica obezităţii constă în negativarea bilanţului energetic prin administrarea unei raţii calorice reduse, inferioare necesarului caloric zilnic, pentru a „forţa" organismul să acopere deficitul caloric prin mobilizarea lipidelor stocate în ţesutul adipos. Acest regim — de durată practic nelimitată — trebuie să fie astfel conceput şi realizat, încît să nu provoace un dezechilibru nutritiv pentru obez şi acesta să-şi păstreze capacitatea de muncă.

Regimul hipocaloric este primul imperativ fără de care nu se poate concepe tratamentul obezităţii, prescriindu-se, în general, în condiţii de ambulatoriu, un regim de 1 000—1 100 de calorii. În cazuri deosebite, sub strictă supraveghere medicală, se pot aplica şi raţii calorice mult mai scăzute.

De o deosebită importanţă pentru tratamentul obezităţii este aspectul calitativ al raţiei. Astfel s-a demonstrat că un regim hipocaloric de 1 000 de calorii administrat obezilor dă rezultate diferite, în funcţie de compoziţia acestuia. Astfel, dacă din 1 000 de calorii, 900 sînt date sub formă de glucide rafinate, se obţine o creştere ponderală de 50—100 g/24 de ore ; dacă cele 1 000 de calorii provin din lipide, ele duc la pierderea a 200—300 g în 24 de ore şi la 100—200 g/24 de ore, dacă provin din proteine.

De la început se degajă rolul nefavorabil al glucidelor concentrate în cura de slăbire şi rolul mai puţin nociv al grăsimilor (cu unele rezerve) şi al proteinelor. Pe aceste considerente se structurează orice regim ştiinţific în cura de slăbire.

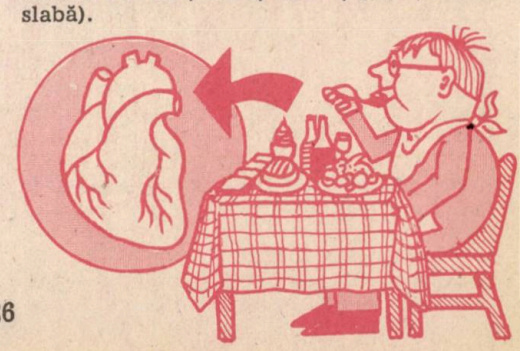
Raţia glucidică. Dezechilibrul alimentar, în sensul unui consum exagerat de glucide concentrate sub formă de zahăr, dulciuri, prăjituri, făinoase, pîine etc., este considerat factorul principal în constituirea obezităţii. Rolul nefast al glucidelor în alimentaţia obezului, chiar cînd raţia calorică globală este scăzută, a fost demonstrat clinic şi experimental. Alimentaţia hiperzaharată duce la declanşarea apetitului prin modificările neurohormonale pe care le generează, creşte sinteza de grăsimi în ficat (care ulterior se depun în ţesutul grăsos), sporeşte retenţia de apă în organism. În plus, s-a dovedit că individul consumă dulciuri şi zaharuri concentrate mai ales fiindcă îi plac şi s-a obişnuit cu ele şi nu pentru unele nevoi absolute ale organismului.

Aceste argumente privind raţia glucidică a obezului duc la concluzia că nici o cură de slăbire nu poate fi eficientă dacă nu se înlătură cu desăvîrşire zahărul şi dulciurile concentrate şi dacă nu se limitează cu stricteţe făinoasele şi pîinea.

În dieta pe care o propunem obezilor, raţia glucidică reprezintă aproximativ 120—140 g glucide, care provin din legume, fructe, pîine în cantitate redusă (50—80 g/zi) şi, eventual, o bucată de zahăr (5—10 g).

Raţia proteică. În metabolismul individual, în general, şi al obezului, în special, proteinele ocupă un loc deosebit de important. Ele au rol plastic, realizînd creşterea, dezvoltarea, continua reînnoire a ţesuturilor şi organelor, ca şi un important efect de saţietate, fără a produce prin ele însele conversiunea în lipide. Ele sînt, de asemenea, susceptibile să combată starea de astenie, să crească rezistenţa la toxice, infecţii sau agresiuni diverse, să menţină tonusul normal al organismului, buna dispoziţie şi forţa de muncă. Pentru aceste motive, nu se poate concepe absenţa proteinelor, într-un regim de durată, ca cel al obezităţii.

Raţia proteică în cura de slăbire trebuie să fie superioară raţiei azotate minime fiziologice de 1 g/kilocorp, şi anume în cantitate de 1—1,5 g/kilocorp greutate ideală (teoretică). Evident că în condiţiile unei raţii proteice la limită sau mai reduse vor predomina proteinele de origine animală, cu valoare biologică crescută (lapte, brînză de vaci, albuş de ou, peşte, carne slabă).



Raţia lipidică. Pare surprinzător faptul că un consum crescut de lipide nu provoacă o creştere a acumulării de ţesut grăsos în organism, aşa cum se întîmplă după administrarea unor raţii similare de glucide. Această constatare a dus la preconizarea unor diete hiperlipidice în obezitate, diete care în practică s-au dovedit nefavorabile.

Dietele hiperlipidice sînt greu tolerate din punct de vedere digestiv şi pot fi chiar nocive pentru vîrstnici, aterosclerotici, renali, colecistopaţi etc.

Mai mult decît atît, nu trebuie totuşi să uităm că lipidele sînt bogat calorigene (9 calorii/gram) şi că obezii, în marea lor majoritate, au deja tulburări în cantitatea şi calitatea grăsimilor circulante. Pe de altă parte, o anumită cantitate de lipide în raţia zilnică este necesară pentru aportul de vitamine liposolubile, de acizi graşi polinesaturaţi, absolut necesari organismului, şi pentru posibilitatea pe care o au prin excelenţă lipidele de a diversifica meniul, de a prepara mîncărurile şi de a asezona salatele.

În dieta obezului permitem astfel o raţie de 0,7—0,8 g lipide/kilocorp greutate ideală, în medie 40—50 g lipide, cantitate care include şi grăsimile „invizibile", adică acelea care intră în compoziţia diferitelor alimente. Această raţie trebuie să includă, în măsură egală, lipide animale şi vegetale.

Vitaminele. Dieta obezului trebuie să acopere necesarul vitaminic al organismului. În general, regimul hipocaloric cu proteine suficiente şi bogat în legume verzi şi fructe acoperă, cu prisosinţă, nevoile vitaminice hidrosolubile ale obezului. Cantitatea redusă de lipide adusă în raţie, inclusiv o cantitate mică de unt proaspăt, asigură acoperirea nevoilor de vitamine liposolubile.

Mineralele şi apa. Substanţele minerale necesare organismului sînt furnizate, în cantitate suficientă, de către regimul hipocaloric cu proteine suficiente, care include legume şi fructe.

Reducerea consumului de sare este recomandată atît pentru scăderea apetitului, cît şi pentru diminuarea riscului de retenţie hidrică.

Apa şi lichidele, în general, nu trebuie reduse, mai ales cînd consumul de sare este minim. Consumul de apă ca atare este bine să se facă în afara meselor, întrucît un prînz uscat dă mai repede senzaţia de saţietate.

Consumul de băuturi alcoolice va fi contraindicat, din cauza aportului caloric (7 cal/g) şi pentru faptul că alcoolul stimulează apetitul, mai ales la început, în faza de constituire a obezităţii. Mai mult decît atît, tulburările funcţiei hepatice, evidenţiate prin teste de disproteinemie, modificările semnificative privind testele de dislipemie, precum şi tendinţa obezilor la hipo- şi disproteinemie — aşa cum au arătat-o şi cercetările noastre — sînt elemente care contraindică administrarea băuturilor alcoolice la obezi.

În mod practic, pentru cura de slăbire este utilă împărţirea alimentelor în două categorii, şi anume : o primă grupă, care cuprinde alimente ce pot fi consumate fără restricţii severe, şi o a doua, care cuprinde alimente susceptibile să sporească rapid rezervele adipoase ale individului şi care sînt interzise obezilor.

Din prima grupă fac parte :

— **proteine animale :** lapte ecremat, iaurt, brînză de vaci, caş, urdă, brînză slabă desodată, carne slabă, peşte de rîu sau oceanic slab, ouă tari ;

— **proteine vegetale :** ciuperci, rădăcinoase crude, cartofi (în cantitate mică) ;

— **glucide :** numai cele din legume, salate, fructe proaspete sau congelate (în afară de cele interzise) ;

— **grăsimi :** uleiuri vegetale, margarină, unt în cantităţi reduse ;

— **sare :** pînă la 5 g/zi ;

— **lichide :** sifon, sucuri de fructe neîndulcite, compoturi cu zaharină, sucuri de legume, lapte ecremat, ape minerale oligometalice hiposodate.

Din a doua categorie (interzise) fac parte :

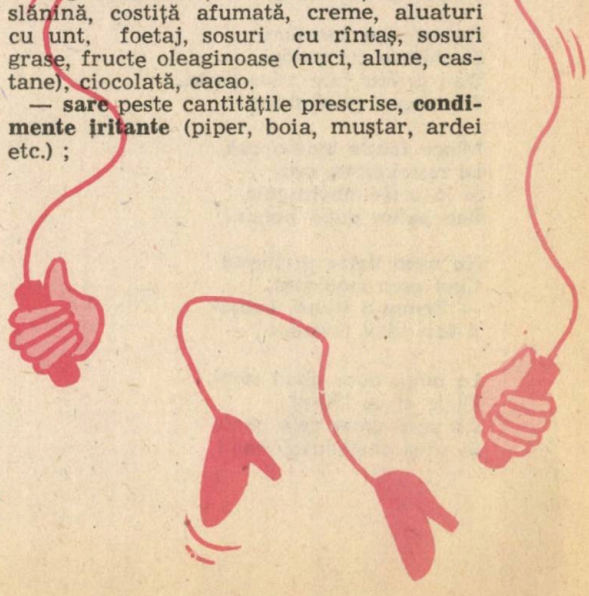
— **proteine animale :** cărnuri grase, peşte gras, conserve grase din carne şi peşte, afumături, brînzeturi grase şi sărate (caşcaval, şvaiţer, brînză de burduf etc.) ;

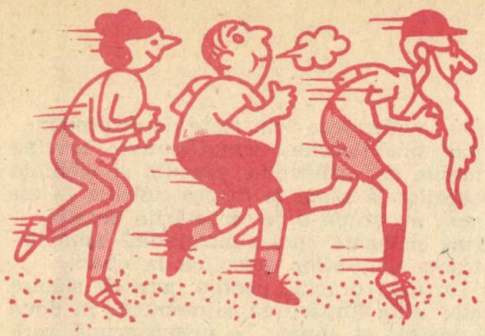
— **proteine vegetale :** fasole uscată, linte, mazăre uscată ;

— **glucide :** pîine în cantitate mare, cartofi şi paste făinoase în cantităţi mari, prăjituri, zahăr şi zaharicale, stafide, smochine uscate, prune proaspete sau uscate, banane, struguri.

— **grăsimi :** frişcă îndulcită, smîntînă, slănină, costiţă afumată, creme, aluaturi cu unt, foetaj, sosuri cu rîntaş, sosuri grase, fructe oleaginoase (nuci, alune, castane), ciocolată, cacao.

— **sare** peste cantităţile prescrise, **condimente iritante** (piper, boia, muştar, ardei etc.) ;





— **lichide** : băuturi îndulcite, siropuri, băuturi alcoolice sub orice formă (țuică, coniac, vin, lichior, bere), lapte integral, supe cu făinoase, cafea în cantitate mare.

În privința numărului de mese pe zi s-a constatat că mesele unice duc la îngrășare, chiar cu rații calorice indicate. Se recomandă astfel ca rația din cura de slăbire să fie administrată în 3—4 mese zilnice (mese mici, în cantități reduse). Totodată, se recomandă un program de activitate zilnică, de mișcare, plimbări, sport sau orice activități fizice, care sporește consumul energetic și, în același timp, sustrage obezul de la preocuparea obsedantă pentru mîncare.

Un regim alimentar și de mișcare astfel structurat, prelungit în timp, oferă premisele sigure pentru realizarea obiectivului dorit — scăderea treptată în greutate —, fără a prejudicia funcțiile metabolice ale organismului, cu păstrarea întregii capacități de efort fizic și intelectual.

Conf. dr. **C. DUMITRESCU**

PROSPERUL

Sub cele zece kile-n plus,
Balanța se apleca.
El spunea că e prosper
Și-o ținea mereu așa :

Cu sarmale, tochitură
Și chiftele cu mujdei,
De-l priveai, din orice parte,
Era singur cît sînt trei !

Minca foarte bine-acasă,
La restaurante, bar,
Și la mese-mbelșugate
Bea pahar după pahar !

Nu avea deloc probleme
Cînd urca motorizat,
— Pentru-a ușura urcușul
A fost liftul inventat ! —

La birou doar două stații,
Zilnic el cu ITB-ul,
Ca să-și cruțe cele ghete
Și să-și cheltuiască leul !

Își schimba mereu costumul
— Nu, nu era cochet de fel —
Dar tot mărindu-și volumul
Nu mai încăpea în el !

Avea prieteni foarte buni,
Unii chiar l-au și iubit,
Pentru-a lui apucături,
Rînd pe rînd l-au părăsit !

Nu-i păsa prea mult de asta,
Se găseau dispuși destui
Să-l asiste la ospețe ;
El mergea pe drumul lui !

Și-au trecut anii ca zile,
De cînd o ducea așa,
Și sub suta lui de kile
Cîntarul se apleca...

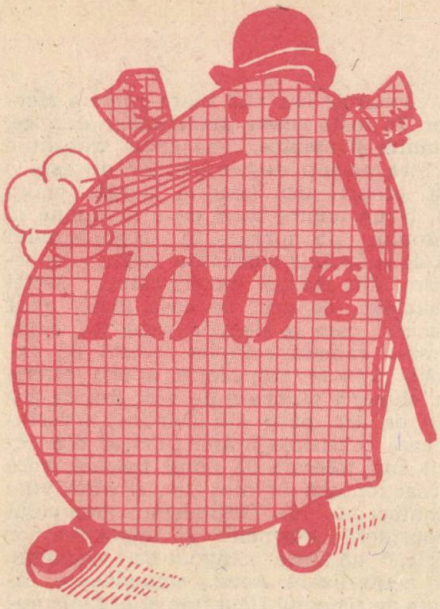
S-aplecau în jur nepoții,
Să-l încalțe dimineața,
Străduindu-se cu toții,
Abia îi vedeau mustața !

Și ce burtă, ce mărime,
Un butoi adevărat !
Sigur că vedeai ca-n filme
Căpcăun la îngrășat !

Sta solid pe-a lui picioare,
Ca un pod pe grinda lui,
Contemplînd de pe cărare,
Ca din vîrful dealului !

Azi așa, mîine la fel,
Crește în volum și-adică,
Parcă n-ar mai fi tot el,
Mecanismul i se strică !

Somnul îi închide ochii
La o treabă sau la sfat,
Dar se-năbușă pe dată
Cînd se-ntinde pe un pat !



Horcăie, respiră groaznic,
Ca un om ce-i pus pe ducă.
Se întreabă și nevasta
Dacă toamna o apucă !

Pe sub stratul de grăsime
Inima a dispărut ;
Și-alte lipsuri grave-n schemă,
E un caz deja pierdut !

Toți în jurul lui s-agită,
Numai el e liniștit.
A băut vin de elită
Și-a mîncat tot ce-a poftit !

C-a ajuns un munte mare,
Răsturnat pe-un dublu pat,
E-un capriciu al naturii,
Nu e el cel vinovat !

Și resurse mai găsește,
Căci se zbate cu temei,
Să impună, bărbătește,
Grija lui — familiei !

AURELIA ACOSTĂCHIOAIEI

„DANTURĂ ȘI UMOR"

CEL MAI BUN INDICIU

În cabinetul stomatologic intră un bărbat. Din ușă se adresează medicului, cu un zîmbet candid.

Pacientul : — Mă știți ?

Medicul : — Nu !

Pacientul (intrigat) : — Cum ?! Chiar nu mă știți ? !...

Medicul : — Nu-mi aduc aminte...

Pacientul (insistent) : — Am fost la dumneavoastră acu'vreo trei ani de zile... așa, pe toamnă... Era o vreme ploioasă, că încă văzîndu-mă ud-ciuciulete, m-ați întrebat dacă n-am umbrelă... da' eu umbrelă nu port, că o uit pe unde mă duc...

Medicul : — Regret, dar...

Pacientul : — Să vă mai spun ceva : intrasem cu țigara aprinsă și mi-ați făcut observație... mi-ați spus să o sting, ceea ce am și făcut, momentan... Nici acu' nu mă știți ?

Medicul : — Nu !

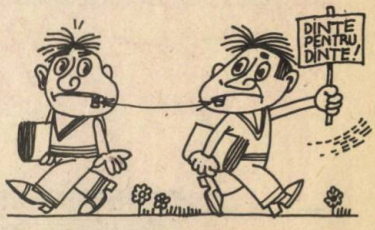
Pacientul : — Cum să vă lămuresc ?

Medicul (enervat) : — Spune, te rog, odată, cine ești dumneata ?

Pacientul : — Vă dau un indiciu sigur. Acum cred că mă știți... Eu sînt ăla cu măseaua...

Dr. FLORIN COLONAȘ

Fără cuvinte



Desene de NIC NICOLAESCU

ESTE ALERGIA O BOALĂ EREDITARĂ?

Mulţi dintre pacienţii alergici ne-au pus următoarea întrebare : „Oare copiii mei îmi vor moşteni boala ?“

Răspunsul la această întrebare logică nu este şi nu poate fi categoric. Statisticile efectuate în decursul anilor atestă că nu este obligatoriu ca unul sau ambii părinţi să fie alergici pentru ca unul sau toţi copiii lor să moştenească această stare anormală de reactivitate a organismului.

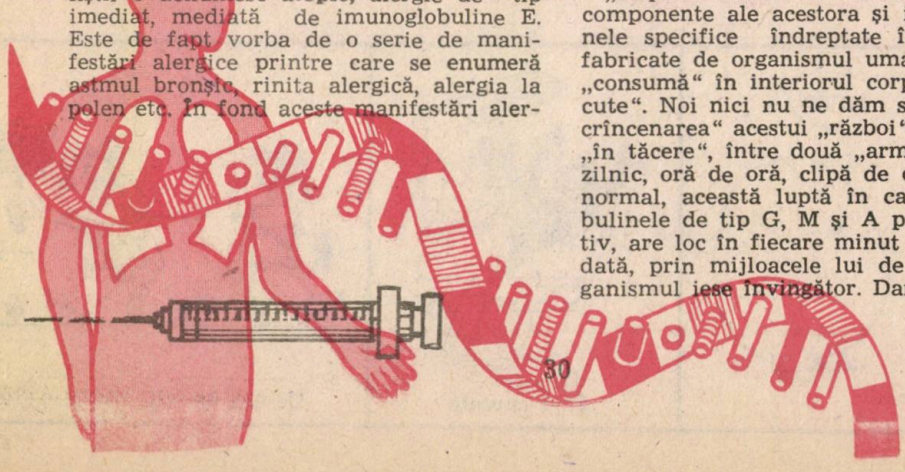
Astfel, s-a constatat că şi în situaţia în care nici unul dintre părinţi nu a suferit de vreo boală alergică există riscul ca unul din cei 10 copii ai lor să facă o manifestare alergică patentă. Dacă, însă, unul dintre părinţi este alergic, riscul se dublează, deci unul din cei cinci copii ai lor va moşteni „terenul“ alergic al părintelui. Dacă ambii părinţi suferă de boli alergice, unul din cei doi copii ai lor va suferi şi el de o boală alergică. În sfîrşit, dacă ambii părinţi sînt alergici şi, mai mult decît atît, ambii suferă de aceeaşi boală alergică, doi din cei trei copii ai lor vor moşteni alergia. S-a constatat, de asemenea, că dacă ambii părinţi nu sînt alergici, alergia care s-ar putea să apară la unul din cei 10 copii ai lor se va manifesta la acesta la o vîrstă înaintată, adică în jurul vîrstei de 25—35 de ani. Dacă unul dintre părinţi este alergic, vîrsta apariţiei manifestărilor clinice ale alergiei la descendenţi scade. Dacă ambii părinţi sînt alergici, atunci riscul apariţiei manifestărilor alergice la copii devine inerent de la vîrsta preşcolară.

Evident că şi aceste date statistice sînt relative. În general ele au, însă, un caracter predictiv, adică dau posibilitatea de a prevedea riscul apariţiei manifestărilor alergice la descendenţii unei perechi de tineri căsătoriţi.

Datele mai sus amintite însă sînt valabile numai într-un anumit tip de alergie, şi anume în cazul aceleia pe care specialiştii o denumesc **atopie**, alergie de tip imediat, mediată de imunoglobuline E. Este de fapt vorba de o serie de manifestări alergice printre care se enumeră astmul bronşic, rinita alergică, alergia la polen etc. În fond aceste manifestări alergice constituie cea mai mare parte a alergiilor. În toate aceste manifestări alergice, denumite şi **atopice,** ceea ce se transmite de către părinţi descendenţilor nu este o boală propriu-zisă (astmul alergic, rinita etc.), ci un anume mod de a reacţiona al sistemului de apărare al organismului faţă de diferitele substanţe străine de organism, din mediul înconjurător. Astfel particulele de praf de casă (acel praf „mărunt“, care se depune peste tot, chiar şi într-o cameră complet izolată de exterior), polenul atmosferic, sporii diferitelor ciuperci plimbate de vînt sau de curenţii de aer, părţi din Daphnia (crustaceu care constituie hrana peştilor din acvarii) sînt tolerate de omul normal, care nu reacţionează în nici un fel cînd vine în contact cu ele. Organismul atopicului le consideră „duşmani“ şi împotriva lor „fabrică“ anumite componente capabile să le neutralizeze. Aceste componente, fabricate de sistemul imunitar al organismului, nu sînt altele decît imunoglobulinele E, amintite mai sus. Aceasta este de fapt caracteristica cea mai importantă a individului atopic : **fabricarea în exces a imunoglobulinelor de tip E.**

În general, imunoglobulinele sînt substanţe pe care organismul uman le fabrică atunci cînd vine în contact cu substanţe străine de mediul lui intern. Ele sînt capabile să apere fiinţa umană de agresiunile prezente permanent în mediul extern. Agresorii organismului sînt de regulă microbii sau părţi ale acestora, virusuri etc., cu care, inerent, omul vine în contact zilnic. Imunoglobulinele capabile să exercite această funcţie de apărare împotriva „agresorilor“ mediului extern fac însă parte din alte grupe, alte clase, denumite imunoglobuline de tip G, sau M, sau A. Organismul atopicilor fabrică şi el acest tip de imunoglobuline, dar este în special „profilat“ pe fabricarea cu predilecţie a imunoglobulinelor de tip E, incapabile să-l apere împotriva microbilor, dar capabile să capteze şi să neutralizeze ceea ce de fapt este inofensiv pentru organismul uman normal (praful de casă, polenul etc.).

„Lupta“ dintre microbi sau alte părţi componente ale acestora şi imunoglobulinele specifice îndreptate împotriva lor, fabricate de organismul uman normal, se „consumă“ în interiorul corpului, „pe tăcute“. Noi nici nu ne dăm seama de „încrîncenarea“ acestui „război“ care se duce „în tăcere“, între două „armate“ adverse, zilnic, oră de oră, clipă de clipă. În mod normal, această luptă în care imunoglobulinele de tip G, M şi A participă efectiv, are loc în fiecare minut şi, de fiecare dată, prin mijloacele lui de apărare, organismul iese învingător. Dar totul se pe-



trece „în tăcere". Omul normal nu-și dă seama că viața lui „tihnită" presupune o luptă continuă cu mediul înconjurător agresiv.

În organismul atopicilor lupta împotriva unor substanțe complet anodine pentru omul normal se face cu „zgomot" și cu suferințe din partea întregului organism al acestuia. Am zice că atopicul face „prea mult zgomot pentru nimic". Neutralizarea particulelor de praf de casă, polen etc. produce o serie de tulburări manifestate prin crize de astm (în cazul prafului de casă) sau lăcrimare, strănut, prurit nazal, ocular etc. (în cazul polenului) ș.a.m.d. Toate aceste suferințe sînt de fapt manifestări ale alergiei imediate, ale atopiei, în care imunoglobulinele de tip E joacă rolul principal.

Așa după cum lesne s-a putut deduce din cele menționate anterior, două momente importante au rol capital în producerea manifestărilor alergice :

— bolnavul alergic „vinovat" de modul de a reacționa altfel decît omul normal și

— mediul înconjurător în care trăiește.

Se înțelege de la sine că, cu cît acest mediu va fi mai „sărac" în substanțe capabile să inducă formarea de imunoglobuline de tip E, deci mai sărac în alergeni (praf de casă, polen etc.), cu atît organismul alergicului va fi mai ferit de suferință.

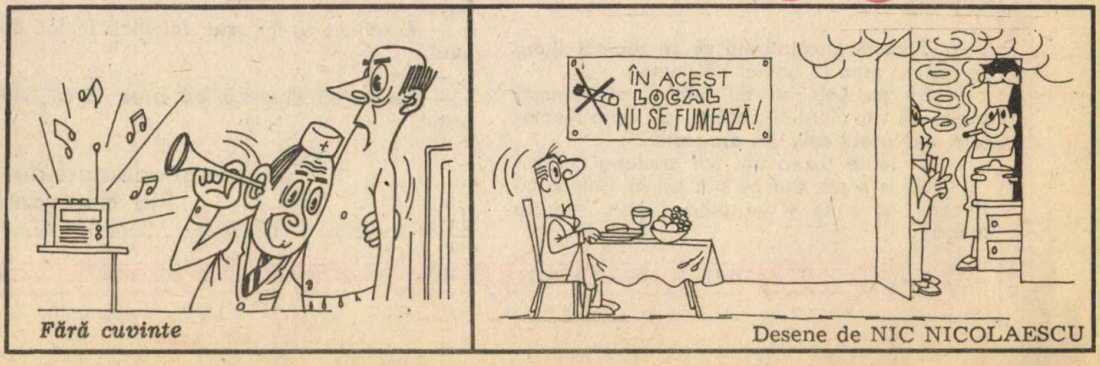
Dar nu numai atît ; există și posibilitatea de a modifica modul de a reacționa atît de paradoxal al atopicului. Aceasta se poate realiza prin anumite măsuri terapeutice care, toate la un loc, pot diminua, pînă la tăcere, „vigilența" exagerată a organismului atopic.

Important însă pentru părinții alergici este să știe că patrimoniul lor ereditar, odată transmis copiilor, nu este imuabil. Copiii pot fi și trebuie să fie feriți de a face alergie sau, mai precis zis, de manifestările clinice ale alergiei, de suferințele pe care alergia le produce.

Pentru a fi ameliorate sau chiar anihilate manifestările alergiei la descendenți, este important ca părinții alergici să-și prezinte copii, pînă la vîrsta de 6—7 ani, la medicii specialiști. Aceștia au posibilitatea de a constata „terenul alergic" și, în consecință, pot lua măsuri de prevenire a manifestărilor alergice. Mai mult decît atît, se pot institui, la copiii născuți din părinți alergici și dovediți că poartă ereditatea alergică a părinților, măsuri capabile să modifice acest teren ereditar, să-l atenueze pînă într-atît încă el să nu provoace suferințe descendentului.

La ora actuală, știința medicală posedă în arsenalul ei terapeutic metode eficiente capabile să readucă la linia normalului modul de a reacționa al alergicului. Acest lucru este cu atît mai ușor de făcut cu cît măsurile terapeutice sînt luate la o vîrstă mai tînără, de la primele manifestări ale suferinței alergice sau chiar și înainte ca acestea să apară.

Dr. Valentin Filip
Spitalul regional C.F.R., București



Fără cuvinte

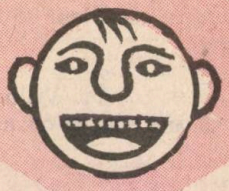
Desene de NIC NICOLAESCU

DIRECTE ȘI ÎNDIRECTE

— Cînd nu te simți bine, mai întîi analizează-te și apoi fă-ți analizele.
— Ce ai la inimă află doctorul ; ce ai pe inimă află prietenul.
— Du-te la doctor de dragul vieții, nu de frica morții.
— Gîndurile negre fac viața cenușie.
— Vechiul meu rival, contrar obiceiului, m-a îmbrățișat. A doua zi aveam gripă.
— El a căutat-o cu flori în mînă și acum ea îl caută cu copilul în brațe.
— La viteze mari și la pasiuni puternice : frînă ușoară.
— Multe rele se comit din pură curiozitate.
— La omul vesel sînt trecătoare durerile ; la omul trist, bucuriile.
— Frumusețea trece, distincția rămîne.
— Nu toți care îți recunosc meritele le și mărturisesc ; nu toți care ți le mărturisesc le și recunosc.
— Cu zilele își pierde calendarul filele.
— Ceea ce nu poate spune gura spun ochii.

ARISTOTEL PÎRVULESCU

HAZOTERAPIE



CONSULTAȚIE

— Doctore, învățați-mă ce să tac să ajung să trăiesc pînă la adînci bătrînețe.

— Să nu beți, să nu fumați, să mîncați puțin, să nu pierdeți nopțile, să evitați emoțiile, îndeosebi cele din dragoste...

— Și toate astea îmi vor prelungi viața ?

— Nu e sigur, dar ce pot să vă spun e că fiecare zi o să vi se pară foarte, foarte lungă.

LA FACULTATE

Un conferențiar la Facultatea de medicină își preda cursul. În toiul expunerii, studenții, stupefiați, îl aud declarînd :

— Domnilor, de tifoidă ori mori, ori rămîi idiot. Eu știu, pentru că am avut-o...

LA OFTALMOLOG

Unui pacient, care s-a prezentat la cabinetul de oftalmologie, medicul i-a indicat literele de pe panou, pînă a ajuns la cele mari : ATRSPXYS și s-a mirat că pacientul este nedumerit.

— Cum, nici pe acestea mari nu le vedeți ?

— Ba le văd, dar nu pot să pronunț cuvîntul.

CURA DE SLĂBIRE

— Doctore, de două luni iau tabletele de slăbit pe care mi le-ai prescris și văd că nu m-ajută deloc !

— Cîte iei pe zi ?

— Zece. După fiecare masă cîte una !

ÎNTRE PSIHIATRI

Un psihiatru se plînge colegului său :

— Nu știu ce să fac, dar am un pacient care se ține scai de mine. Îmi propune tot timpul să cumpăr cascada Niagara...

— Și de ce n-o cumperi ?

— Exclus. Cere o goază de bani pe ea !

RECOMANDARE

— Știi cum se face o cură de slăbire sigură ?

— Nu.

— Să te învăț eu : tacîmul tău trebuie să fie format dintr-un cuțit neascuțit, o furculiță fără dinți și o lingură găurită.

REZOLVARE

Giuseppe se întoarce acasă și-i spune soției :

— A trebuit să-mi scot doi dinți în loc de unul.

— De ce ?

— Pentru că dentistul nu avea să-mi dea restul.

Culegere și adaptare de :
Pia Hațeganu
Membră a Cenaclului „Lucian Blaga"

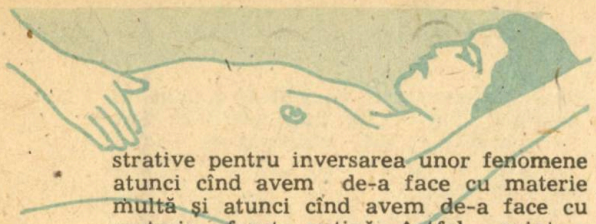
INTERES CRESCÎND PENTRU HOMEOPATIE

Despre principiile homeopatiei s-a mai scris. Reamintim numai că la baza ei poate fi plasată formula **„Similia similibus curantur"** *, adică **ceva asemănător vindecă ceva asemănător.** De data aceasta dorim să subliniem faptul incontestabil că în lume se manifestă tot mai mult interes pentru așa-zisele „medicini alternative", dintre care face parte și homeopatia, denumite astfel pentru că reprezintă o altă fațetă a terapeuticii decît cea care este în general promovată de învățămîntul medical superior din emisfera occidentală. Termenul nu este prea fericit, căci ar putea lăsa să se înțeleagă că există o contradicție între cele două poziții, ori terapeutica este una singură, cu variante, care, de fapt, se completează și pot fi utilizate în paralel sau succesiv, spre avantajul bolnavului. De aceea, denumirea de „medicină complementară" ar fi mai potrivită. Sau cel de „medicină blîndă". Acest din urmă termen se potrivește mai bine homeopatiei, căci scoate în evidență faptul că ea este scutită de riscurile unor fenomene secundare nedorite, de așa-zisele „reacții adverse", care sînt tot mai mult descrise în legătură cu medicamentele de sinteză chimică. Tocmai conștientizarea opiniei medicilor și a publicului larg asupra acestui risc este unul dintre factorii care au determinat creșterea interesului față de variantele mai blînde ale terapeuticii. Dorim să precizăm însă că ar fi o mare greșeală să se considere ca dăunătoare toată chimioterapia actuală, din cauză că unele medicamente și numai **în anumite împrejurări** pot determina efecte neplăcute și complicații. În realitate chimioterapia are un palmares strălucit și se poate afirma despre ea că a reprezentat un salt gigant pentru sănătatea omenirii, reducînd la dimensiuni nesperat de mici molime ucigătoare și salvînd mii de vieți în situații acute. Cercetarea medico-farmaceutică a reușit să producă substanțe cu o eficacitate foarte mare, dar există un paralelism între eficacitate, pe de o parte, și frecvența și amploarea reacțiilor adverse, pe de altă parte. De aceea trebuie acceptat că se impune o limitare a uzului medicamentelor de sinteză numai la situațiile care le pretind neapărat, evitarea a ceea ce este exprimat de un dicton german, și anume: „să se tragă cu tunul în vrăbii".

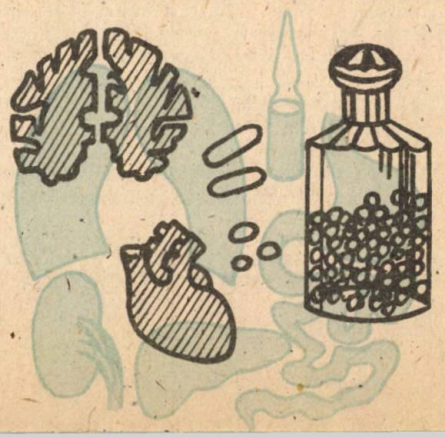
Un alt element, care a influențat mai ales acceptabilitatea medicilor față de homeopatie, este înmulțirea argumentelor teoretice aduse în sprijinul ei. Căci, într-adevăr, se poate distinge o anumită discrepanță între cele două laturi ale homeopatiei, cea **practică** și cea **teoretică**. Aplicarea în practică a homeopatiei s-a soldat și se soldează cu nenumărate succese, de care primii care s-au convins au fost pacienții. Rezultatele terapeutice au constituit argumentul hotărîtor și pentru medicii care au aderat la această metodă, medici care — dacă au fost în număr foarte redus în țara noastră în perioada dintre cele două războaie mondiale — au fost toți de o mare valoare profesională și de o probitate recunoscută, unii dintre ei renunțînd la situații de prestigiu în cariera universitară, în favoarea homeopatiei. Astăzi, prin creșterea continuă a numărului de medici pregătiți în domeniul homeopatiei, este de așteptat să se înmulțească — prin rezultatele obținute — **dovezile pragmatice ale eficacității metodei.** Posibilitatea de a analiza efectele homeopatiei pe număr tot mai mare de cazuri și în condiții variate va îndepărta și bănuiala unora că rezultatele sînt datorate numai sugestiei. Dealtfel această ipoteză este îndepărtată de faptul că se obțin bune rezultate și la sugari ori la persoane în stare de inconștiență, ca și pe animale (există în prezent valoroase manuale de homeopatie veterinară) și chiar la plante (rezultate comunicate la Congresul Internațional de Homeopatie din 1987, la Rio de Janeiro).

Dar de ce s-a apelat la sugestie pentru a explica (mai bine zis pentru a combate) acțiunea remediilor homeopatice? Pentru că diluțiile de substanțe utilizate sînt așa de mari, încît de la o anumită limită este de presupus că nu mai există nici o moleculă din substanța inițială. Astfel a apărut o ruptură între eficacitatea homeopatiei, confirmată de practică, și dificultatea pe plan teoretic, de a accepta ceva ce pare neconform cu datele științifice curente. Dificultatea vine de la faptul că se extrapolează modul de gîndire din domeniul ponderalului — respectiv al farmacologiei, care se ocupă cu medicamente ce pot fi difinite cantitativ, oricît de mici ar fi aceste cantități — în domeniul imponderabilului. Dar, ori de cîte ori se trece dintr-un „registru" al lumii materiale în alt registru, trebuie schimbate și concepția și criteriile de evaluare. Să luăm două exemple din lumea fizică, demon-

* *Similia similibus curantur* (în l. latină) = asemănătoarele se tămăduiesc prin asemănătoare (precept al medicinii homeopatice).

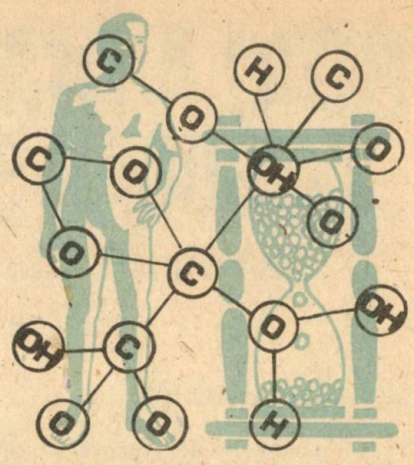


strative pentru inversarea unor fenomene atunci cînd avem de-a face cu materie multă și atunci cînd avem de-a face cu materie foarte puțină. Astfel, printr-o țeavă sau un tub cu un diametru obișnuit un lichid se scurge în jos, supunîndu-se acțiunii universale a gravitației ; în schimb, într-un tub cu diametrul extrem de fin („tub capilar", adică avînd dimensiunile unui fir de păr), lichidele **urcă,** în loc să coboare, și aceasta **cu atît mai mult cu cît lumina tubului este mai mică,** deci contrar legii gravitației. Un fenomen asemănător îl putem observa la o cascadă : pe de o parte masa de apă care cade, atrasă de forța gravitațională, și, pe de altă parte, o pulbere fină de particule foarte mici de apă, care plutesc în aer sau chiar **se ridică,** și aceasta **cu atît mai mult cu cît sînt mai mici.** Iată deci două fenomene din lumea fizică demonstrînd că, odată cu trecerea dintr-un registru în altul, fenomenele nu numai că diferă, dar se inversează total, ceea ce are analogie cu principiul fundamental al homeopatiei, că ceva asemănător, adică fenomenele patologice pe care o substanță le determină atunci cînd este administrată în doză ponderală sau în doză foarte mică, dar timp îndelungat, este capabilă să le vindece, dacă este administrată în diluție homeopatică. Se poate însă obiecta că în exemplele de mai sus există materie — chiar dacă e foarte fin divizată —, dar cum se poate explica acțiunea remediilor homeopatice în care nu mai există nimic din substanța activă inițială ? O explicație este propusă de către fizicieni. În mod paradoxal apa, această moleculă extrem de simplă, este în prezent obiectul unor intense cercetări, deoarece are o constantă dielectrică foarte ridicată și poate lua multiple configurații. Moleculele de apă, avînd un caracter bipolar, favorizează apropierea dintre ele și stabilirea unor „legături de hidrogen" intermoleculare. Iau naștere astfel „ghemuri" sau „ciorchini" de molecule, care se alcătuiesc și se desfac cu frecvențe diferite. Aceste structuri ar fi capabile să păstreze „amprenta" substanței active, chiar și după dispariția acesteia prin diluări succesive. „Amprentarea" ar fi favorizată de tehnica utilizată în cadrul diluțiilor homeopatice, și anume „sucusiunea", adică o agitare mecanică energică, ce se efectuează la fiecare treaptă de diluție. Soții Luu, doi fizicieni naturalizați francezi, definind medicamentul homeopatic drept **modificarea specifică în structura deformabilă a diluantului determinată de prezența temporară a substanței active,** au făcut următoarea comparație plastică : să ne închipuim un trib de aborigeni care a rămas total izolat de restul lumii, pînă în zilele noastre (cum mai există încă prin Amazonia sau Noua Zeelandă) și trăind încă în epoca de piatră. Să presupunem că la un moment dat poposește la ei un grup de europeni, care conviețuiește mai mulți ani cu ei. După acest interval europenii pleacă. Este echivalentul dispariției substanței active din diluțiile mari homeopatice. Dar este clar, spun soții Luu, că, deși europenii au plecat, nu se poate să nu fi lăsat o amprentă asupra modului de viață și de gîndire al localnicilor, a căror existență va fi de aci înainte influențată de această prezență temporară. Același lucru se întîmplă și în cazul diluțiilor homeopatice (obligatoriu însoțite, cum am spus, de sucusiuni), cînd solventul preia „informația" farmacologică a substanței, care în final nu mai există, dar a „lăsat urme". Aplicațiile informaticii ne-au învățat că informația poate trece pe diferite suporturi — cînd nici nu mai poate fi recunoscută —, pentru ca din nou să poată fi retransformată în forma inițială. Astfel, putem înregistra undele sonore ce alcătuiesc un cîntec pe disc sau pe bandă magnetică, care pot fi trecute de pe un suport pe altul într-o formă imperceptibilă pentru noi, pentru ca din nou să le transformăm în cîntec, cînd dorim. Și, dacă am transferat problema în domeniul informaticii, trebuie să amintim că în acest domeniu nu se mai aplică determinismul din fizica clasică, și anume că dimensiunea efectului este proporțională cu dimensiunea cauzei, sau, cu alte cuvinte, ca să deplasezi o anumită masă materială este nevoie de o forță corespunzătoare cu greutatea respectivă ; cu cît greutatea este mai mare, cu atît și forța trebuie să fie mai mare. În materie de informatică, lucrurile se petrec altfel. Un exemplu îl constituie semaforul stradal. La culoarea verde a lui se pun în mișcare atît camionul TIR de cîteva tone, cît și trotineta copilului și căruciorul împins de bunicuță. Mișcarea nu este determinată de o forță fizică, ci de conținutul informațional al „mesajului". Informația, ceea ce vede un elefant, sau un tigru, sau un urs, îl poate lăsa indiferent sau îl determină să atace, adică determină sau nu punerea în mișcare a acestei mase considerabile.



Acest mod de a concepe lucrurile ar corespunde şi unei etapizări istorice a concepţiilor medicale, pe care a enunţat-o recent prof. dr. D. Dobrescu, şi care corespunde, dealtfel, şi etapelor parcurse şi de ştiinţele naturii. Acestea mai întîi au studiat **materia** şi legile ei, mai apoi a apărut noţiunea de **energie** şi studierea acesteia a ocupat cel puţin trei sferturi de secol şi încă nu s-a epuizat, iar acum trăim în plin studiu şi exploatare a **informaţiei.** Astăzi se admite că lumea reală în care trăim este alcătuită de trei elemente în strînsă corelaţie şi interpătrundere : **materie, energie** şi **informaţie.** După prof. dr. Dobrescu, şi concepţiile medicale au străbătut etape similare : o primă etapă a **cercetării materiei** (anatomică), o a doua corespunzătoare cercetării fiziologice, care ar reprezenta etapa **energetică,** iar acum a pătruns în etapa **informaţională,** din conţinutul căreia face parte şi homeopatia. Desigur că nu există delimitări precise între aceste etape, ci mai degrabă se poate vorbi de dominanţa unei concepţii sau a alteia în anumite perioade.

Este adevărat că se poate obiecta, la cele enumerate mai sus, că nu constituie



o dovadă **directă** a mecanismului de acţiune a remediilor homeopatice, ci o **analogie** cu fapte rezultate din cercetări ştiinţifice din alte domenii. Totuşi, şi acest lucru este important, căci permite elaborarea de ipoteze, care vor genera — sîntem siguri — cercetări de confirmare, ce vor fundamenta explicaţia ştiinţifică satisfăcătoare a succeselor din practică ale homeopatiei.

Dr. **GH. BUNGEŢIANU**

Diagnosticul

Un cetăţean cam împlinit,
Avînd un aer obosit,
La cabinet s-a prezentat
Cerînd să fie consultat.
El acuza o stare rea,
Şi o dorinţă de-a zăcea,
O moleşeală, apatie,
Cauza fără s-o ştie.

Consultînd pe pacient,
Cît se poate de atent
Şi punîndu-i întrebări
Asupra acestei stări,
Medicul uşor frapat,
Pe loc i s-a adresat :
— Starea de care te plîngi
Trebuie să ţi-o înfrîngi,
Că nu-i boală, dragul meu,
Cu care să lupţi din greu.
Dumneata mănînci prea mult,
Apetitul ţi-e un cult,
Nu renunţi nici la ţigară ;
De asemeni, prea mult bei,
Făcînd parte din acei
Ce duc viaţă sedentară.

Aicea — prinzînd momentul,
Intervine pacientul :
— Doctore, nu s-ar putea,
Ca la apetit, ţigară
Şi la viaţă sedentară,
Ce-mi produc o stare rea
Să le daţi, cum e firesc,
Un nume mai latinesc ?
Care-n scripte să rămînă,
Spre a-mi da — ar fi ideal,
Un concediu medical,
Cel puţin, de-o săptămînă ?

PIA HAŢEGANU
Membră a Cenaclului „Lucian Blaga"

BOALA DIAREICĂ ACUTĂ LA SUGAR ȘI COPILUL MIC

problemă de sănătate publică

PROF. DR. VALERIU POPESCU

Importanța problemei

Boala diareică acută continuă să constituie și în prezent o cauză majoră de morbiditate și mortalitate infantilă, în special în țările lumii a treia.

În zonele endemice — cu frecvență ridicată a îmbolnăvirii — boala diareică acută prilejuiește aproximativ 20—50% din consultațiile de pediatrie, este responsabilă de ocuparea a aproximativ 30% din paturile de spital și este cauza a 15—40% din decese la grupa de vîrstă 1—5 ani.

Boala diareică acută este, de asemenea, o cauză majoră de malnutriție (distrofie), de perturbare a creșterii și dezvoltării. Diareea acută compromite nutriția sugarului și copilului mic prin reducerea consumului alimentar (legat de inapetența bolnavilor), afectarea digestiei și absorbției, utilizarea defectuoasă a principiilor nutritive și perturbarea metabolismului intermediar. Starea de nutriție, creșterea și dezvoltarea sugarilor este în special interesată în cazul diareei prelungite (cronice) și recidivante.

Ce este boala diareică acută ?

Criteriile de definire ale bolii diareice acute sînt :

- caracterul brusc al instalării diareei la un copil care anterior avea scaune normale ;
- numărul scaunelor în decurs de 24 de ore crescut (în general peste 5 în 24 de ore) ;
- aspectul scaunelor (scaune apoase, anormal de lichide, cu un volum depășind în general 20 g/kilocorp/zi) ;
- prezența unor manifestări clinice asociate modificărilor de frecvență și consistență a scaunului („sindrom diareic") : inapetență, greață, vărsături, meteorism (balonare) abdominal, stagnare sau scădere ponderală, modificare a stării generale, febră.

Care sînt cauzele capabile să determine boala diareică acută ?

Lista cauzelor unei boli diareice acute este foarte largă, cuprinzînd, pe de o parte, infecțiile, iar pe de altă parte, un număr de cauze neinfecțioase.

În grupa diareelor de **cauze infecțioase** se disting :

— **diaree de cauze infecțioase digestive (enterale) :**

— **diaree de cauze infecțioase parenterale.**

În cadrul diareelor de cauze infecțioase enterale se disting : diaree acute bacteriene (produse mai frecvent de **E. coli, Salmonella, Shigella** etc.) ; diaree acute virale (produse de unele virusuri enteropatogene) ; diaree acute parazitare (în special cu Giardia-Lamblia) ; diaree acute fungice (foarte rare, produse de ciuperci : ex. **Candida albicans**).

Diareele de cauze infecțioase parenterale sînt realizate indeosebi în infecțiile respiratorii acute, bronșiolite, bronhopneumonii, otite și otomastoidite, infecții urinare.

Diareele de cauze neinfecțioase se realizează prin :

— **greșeli alimentare** : cantitative (diareea de sub- și supraalimentație) și calitative (diluții necorespunzătoare de lapte praf, alimente necorespunzătoare vîrstei și capacității fermentative digestive a sugarului, excese unilaterale ale dietei, alimente toxice care conțin toxine bacteriene preformate, realizînd toxiinfecțiile alimentare prin contaminarea alimentelor cu stafilococ patogen, **Salmonella** ș.a.) ;

— **medicamente** (după utilizarea de antibiotice cu spectru larg, ca Ampicilina, Tetraciclina, Lincomicina, Clindamicina, de laxative, derivați de fier sau iod etc.) ;

— **alergie digestivă** ;

— **malnutriție** (distrofie a sugarului și copilului mic).

Ca **factori favorizanți** ai îmbolnăvirilor prin boală diareică se pot consemna, pe de o parte, **factorii constituționali** (vîrsta mică, prematuritatea, malnutriția etc.), iar pe de altă parte, **factorii de mediu** (igiena deficitară, factorii climatici etc.).

Care este tabloul clinic al bolii diareice acute la sugar și copilul mic ?

De la început trebuie precizat dacă este vorba de o boală diareică acută simplă sau de o boală diareică acută gravă.

Boala diareică acută simplă, una din cele mai frecvente îmbolnăviri ale sugarului și copilului mic, se caracterizează prin :

— aspectul etiologic nespecific (diaree produsă de greșeli alimentare — cantitative sau / și calitative — și de infecții nespecifice) ;

— absența complicațiilor (pierdere importantă de apă și electroliți prin scaune și vărsături — așa-numita deshidratare acută — și a unor complicații infecțioase în restul organismului) ;

— evoluție acută, ce se autolimitează, cu vindecare rapidă sub acțiunea unui regim dietetic adecvat.

În evoluția bolii diareice acute simple se disting următoarele perioade evolutive :

● **perioada prodromală,** care poate lipsi uneori, este dominată de pierderea apetitului, modificări ale comportamentului copilului (acesta devine iritabil, agitat sau, din contră, este apatic), oprirea creșterii în greutate ș.a. ;

● **debutul,** care este de obicei acut și se traduce prin apariția scaunelor diareice, la care se pot asocia vărsături și uneori febră ;

● **perioada de stare,** care este caracterizată prin prezența diareei (între 4—6—8—10 scaune / 24 de ore), de consistență moale, conținînd mucus și grunji (așa-zisele scaune muco-grunjoase), sau apoase, emise „în jet", spumoase, galben-verzui, cu miros acid. Se asociază uneori vărsături, colici abdominale, refuzul alimentației și stagnare sau scădere în greutate (nu însă mai mare de 5% din greutatea corporală). Starea generală este puțin sau deloc influențată. Febra este de obicei absentă sau, cînd este legată de infecție, poate dura cîteva zile. Mai rar se notează balonare (meteorism) abdominală.

Evoluția este, în marea majoritate a cazurilor, favorabilă în cîteva zile ; de cele mai multe ori, diareea acută simplă se poate trata la domiciliu, respectîndu-se indicațiile medicului pediatru. Rar, la sugarul distrofic, diareea poate avea o evoluție mai prelungită sau poate recidiva, ducînd la agravarea distrofiei ; aceste cazuri vor fi internate în secția de pediatrie și vor primi un tratament adecvat.

Boala diareică acută gravă se caracterizează prin pierderi mari de apă și electroliți, produse prin diaree și / sau vărsături — sindrom de deshidratare — și prin alterarea stării generale.

În cazurile cu deshidratare între 5 și 10% din greutatea copilului se notează o serie de semne : copilul este încercănat, are ochii înfundați în orbite, are sete mare, urinează puțin (oligurie). Starea de conștiență este păstrată. La examenul clinic, medicul pediatru, pe lîngă semnele citate, mai constată și alte semne care traduc deshidratarea. În această situație copilul este trimis de urgență pentru internare într-o secție de pediatrie.

În cazurile și mai grave, cu deshidratare peste 10%, pe lîngă semnele citate, se mai constată :

— semne de șoc hipovolemic ; puls rapid și frecvent, uneori abia perceptibil sau chiar absent la arterele mari, scădere marcată a tensiunii arteriale (hipotensiune arterială), răcirea extremităților (care sînt cianotice, umede) ;

— ca urmare a irigării proaste la nivelul organelor vitale (rinichi, creier ș.a.), consecință a hipovolemiei, se instalează **oligoanuria** și **semnele de suferință neurologică :** alterarea conștienței — de la somnolență, reactivitate scăzută, pînă la comă —, uneori convulsii. Se realizează tabloul denumit altădată **toxicoză.**

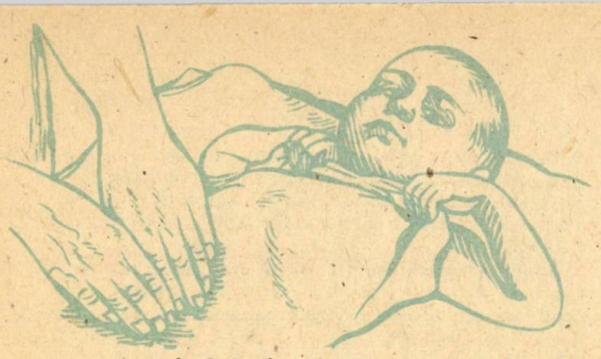
Cum se diferențiază boala diareică acută de „falsele" diaree ?

Frecvent se fac greșeli prin stabilirea diagnosticului de boală diareică acută în cazuri care constituie fie aspecte normale (fiziologice), fie „false" diaree. Este important de a diferenția boala diareică acută de „falsele" diaree acute, deoarece și atitudinea terapeutică este diferențiată (în „falsele" diaree nu este necesar un regim dietetic, ca în boala diareică acută, și nici internarea copilului în spital).

De aceea este bine să se știe care sînt așa-zisele „false" diaree.

În acest grup se încadrează :

● **„diareea de tranziție" la nou-născut** — stare fiziologică care constă în eliminarea,



timp de 2–3 zile, a 6–7 scaune pe zi, cu aspect mucos, gleros, miros fad, decolorate sau verzui, după terminarea eliminării meconiului (meconiul este reprezentat de scaune de consistență păstoasă, cleioasă, de culoare verzui-maroniu închis, miros fad, care se realizează în primele 2—3 zile de viață) ;

● **diareea postprandială,** caracterizată prin emisia frecventă, uneori zgomotoasă, în cursul mesei, la sugarul din primele 3—4 luni de viață, alimentat natural, de scaune de consistență moale — aspect de „jumări de ou" sau scaune lichide verzui —, starea generală fiind conservată, iar creșterea în greutate normală ;

● **scaunele normale ale sugarului alimentat natural sau ale sugarului alimentat artificial cu preparate de lapte „adaptate"** (2—6 scaune / zi, de consistență păstoasă sau lichidă, de culoare galben-pal sau verzuie, cu miros aromatic caracteristic, pH acid și cantitativ redus, aproximativ 5 g/kilocorp/zi) ;

● **constipația cronică,** caracterizată prin alternanța de constipație cu scaune diareice ;

● **eliminarea rectală de sînge** din leziunile traumatice rectale (prin termometrizare la copii agitați), fisuri rectale, polipi anorectali, invaginație intestinală ș.a.

Conduita terapeutică și criteriile de internare în spital în boala diareică acută

Elementele care orientează stabilirea planului de tratament și luarea deciziei de internare a copilului în spital sînt, în principal, următoarele :

— particularitățile biologice („de teren") ale copilului cu boală diareică acută și în special prezența unor factori de risc (așa-zise handicapuri biologice) : vîrsta mică, prematuritatea, distrofia etc. ;

— formele clinice de diaree produse de germeni specifici : **Shigella, Salmonella, genurile vibrio** (vibrionul holeric), care sînt potențial grave ;

— formele cu risc crescut de contagiune (contacți cunoscuți de dizenterie, salmoneloze, bolnavi proveniți din focare epidemice etc.) ;

— formele de boală diareică acută cu sindrom acut de deshidratare, cu manifestări toxiinfecțioase severe, cu boli grave asociate (exemplu : cu bronhopneumonie, otită medie acută etc.) etc.

În formele clinice de boală diareică simplă la copiii fără handicapuri biologice (distrofie, rahitism, anemie) tratamentul poate fi instituit la domiciliu, ori de cîte ori situația o permite.

Tratamentul dietetic cuprinde trei etape ;

● dieta hidrică ;

● dieta de tranziție ;

● realimentarea.

Dieta hidrică se aplică tuturor copiilor, cu boală diareică acută cu deshidratare sub 10% din greutate. Prin dieta hidrică, tubul digestiv este pus în repaus, se înlocuiesc pierderile de apă și electroliți produse prin diaree, se calmează setea, se combat febra și vărsăturile, se menține diureza. Soluția de rehidratare orală, considerată ideală în boala diareică acută, este **Gesolul** (glucoză și electroliți în soluție), avînd următoarea compoziție pentru un litru de apă : clorură de sodiu 3,50 g, bicarbonat de sodiu 2,50 g, clorură de potasiu 1,50 g, glucoză 20 g. Glucoza din compoziția Gesolului are un rol foarte important : amplifică absorbția intestinală a sodiului. Gesolul este util în toate tipurile de boală diareică acută, indiferent de etiologie și de tipul de deshidratare. Prezența vărsăturilor nu contraindică administrarea de Gesol. Dacă după 6 ore bolnavul este rehidratat, se trece la dieta de tranziție.

Dieta de tranziție cuprinde administrarea de regimuri vegetale, așa-zis absorbante sau antidiareice (morcov, orez, roșcove, mere). Cel mai frecvent se utilizează supa de morcovi ; se recomandă 150—200 ml/kilocorp/zi, cantitatea totală fiind repartizată în 6—7 mese. Durata administrării dietei de tranziție este de 24 de ore sau pînă la apariția primelor scaune consistente (exemplu : primele scaune formate din morcovi).

Realimentarea constă în introducerea progresivă a unor preparate de lapte. Natura preparatelor utilizate depinde de vîrsta bolnavului, durata și severitatea diareei, prezența handicapurilor biologice (distrofia în special), răspunsul obținut la tratament.

În primele 6 luni de viață realimentarea se va face cu un preparat de lapte.

La copilul eutrofic (cu greutate normală pentru vîrstă) și cu diaree simplă se va în-

troduce laptele pe care copilul îl primea anterior îmbolnăvirii, cu mențiunea că trebuie să se respecte principiul progresivității, adică să se introducă progresiv în alimentație o cantitate de lapte, în ritm de 150—200 ml/zi, repartizată în 5—7 mese. Aceasta înseamnă înlocuirea completă a dietei de tranziție (supă de morcovi etc.) în interval de 5—6 zile.

La copilul cu diaree severă sau/și asociată cu o distrofie de gradul II (cu un minus între 20 și 30% față de greutatea normală) sau de gradul III (cu un minus de peste 30% din greutatea normală) realimentarea se va face după caz, cu un preparat semiecremat (Lacto, Lacto I, Lacto II, Gluvilact I, Gluvilact II, Robolact), sau cu un preparat semiecremat acidulat (Acidolact, Eledon, Babeurre, Prodieton), sau cu preparate hipolactozate (lapte albuminos, Dispacid, Humana H ș.a.), sau delactozate (Lactofort, Cazeolact, Al_{110}, Milupa HN_{25}, Humana H cu MCT ș.a.). Și în această situație se va respecta principiul progresivității, introducînd progresiv, în ritm de 100—150—200 ml/zi, repartizat în 5—7 mese, unul din preparatele de lapte dietetic indicate, înlocuind aceeași cantitate de supă de morcovi din dietă.

Cînd este vorba de sugari mai mari de 6 luni și cu dezvoltare ponderală relativ bună se preferă o realimentare cu făinoase cu apă (griș cu apă, orez cu apă), la care curînd se adaugă proteinele din brînza de vaci și carne.

Revenirea la alimentația anterioară îmbolnăvirii presupune înlocuirea alimentului-medicament (preparatul dietetic de lapte), cu un preparat de lapte care să fie pe deplin adecvat nevoilor nutriționale ale sugarului, în funcție de vîrstă și greutate.

O serie de studii întreprinse în ultimii ani, multe sub conducerea Organizației Mondiale a Sănătății, vin să infirme valoarea măsurilor dietetice tradiționale în boala diareică acută.

Se pleacă de la ideea că ceea ce este mai important într-o diaree acută este menținerea unui status nutrițional cît mai apropiat de normal și nu reducerea cu orice preț a numărului și volumului scaunelor diareice. Aceasta deoarece vindecarea ca atare, respectiv restabilirea anatomică și funcțională a mucoasei tubului digestiv, depinde nu de numărul și volumul scaunelor, ci de absorbția, în cursul episodului diareic, a unor cantități de substanțe nutritive cît mai apropiate de normal.

În caz contrar are loc înfometarea copilului, care determină o scădere ponderală de aproximativ 1—2% pe zi, în afara pierderilor de lichide și electroliți prin diaree și vărsături.

Studiile clinice confirmă valoarea continuării alimentației în cursul bolii diareice, demonstrîndu-se că acești copii se vindecă mai rapid în comparație cu copiii supuși unor diete tradiționale, iar cîștigul ponderal al copilului este comparativ mai mare și mai rapid.

Se demonstrează că în cursul episoadelor diareice acute alimentația la sîn nu trebuie întreruptă, aceasta continuîndu-se, eventual, în paralel în primele ore, cu terapia de rehidratare pe cale orală cu Gesol.

Dacă este vorba de sugari alimentați artificial, întreruperea alimentației nu va depăși maximum 8—10 ore (interval necesar rehidratării pe cale orală cu Gesol), după care se va putea trece la reluarea administrării preparatului de lapte pe care copilul îl primea anterior, inițial utilizînd diluții mai mari (scurt timp).

Excepție de la aceste reguli fac sugarii cu atrepsie (distrofie de gradul III), cu diaree, la care principiul realimentării pe cale orală, precoce, se lovește de o toleranță digestivă foarte redusă. De asemenea, fac excepție sugarii cu intoleranță secundară la dizaharide (de obicei intoleranță la lactoza din lapte), la care regimurile de excludere a dizaharidului incriminat (cel mai frecvent lactoza) devin necesare.

Tratamentul etiologic se referă în special la corectarea unor greșeli nutriționale cantitative sau calitative, la terapia de recuperare nutrițională a distrofiei, la tratamentul unor infecții parenterale ce pot constitui cauză de diaree, dar mai ales la tratamentul infecțiilor digestive, care reprezintă de fapt cea mai importantă cauză de diaree acută.

Trebuie reținut că antibioticele sînt excesiv și inutil folosite în tratamentul multor diaree acute, în care nu numai că nu au nici o acțiune, dar pe care, dimpotrivă, le pot agrava. Ținînd seama că marea majoritate a cazurilor de diaree acută sînt produse de virusuri sau de agenți bacterieni neidentificabili prin coprocultură, în condiții uzuale, administrarea de rutină a antibioti-

celor nu este în prezent justificată, ea putînd fi chiar potențial periculoasă (sursă de complicații), constituind și o risipă inutilă.

Utilizarea antibioticelor trebuie restrînsă în cazurile de diaree produse de germeni specifici, cu potențial de afectare sistemică (a întregului organism), în cazurile de izbucniri epidemice în colectivitățile de copii, în cazurile de diaree cu sindrom sever de deshidratare.

Aceste ultime cazuri, care necesită tratament cu antibiotice, de obicei sînt cele care sînt internate obligatoriu, fie în secțiile de pediatrie, fie în secțiile de boli infecțioase cu profil pediatric. Reechilibrarea hidroelectrolitică, acidobazică, tratamentul colapsului hipovolemic se face obligatoriu în spitalele și secțiile de pediatrie.

Profilaxia și rolul său major în combaterea bolii diareice acute

O importanță deosebită în realizarea profilaxiei diareelor acute o au măsurile generale igienico-sanitare, adresate populației, mediului, surselor de infecție, căilor de transmitere.

În mod practic, sursele de infecție pentru o boală diareică acută la sugar și copil sînt :

— în alimentația artificială, praful de lapte, laptele de vacă, biberonul, tetina (laptele matern supt direct de la sîn nu poate fi sursă de infecție în condiții de igienă riguroasă) ;

— mîinile copilului, obiectele din jurul său, condițiile igienice ale mediului ;

— calitățile apei folosite în prepararea alimentelor ;

— folosirea altor alimente în afara laptelui de mamă ;

— starea de sănătate și igienă a mamei și anturajului copilului.

Măsurile generale de profilaxie trebuie să se adreseze acestor surse. De aceea, cu ocazia vizitelor profilactice sau ale celor medicale de rutină, făcute la domiciliu de către medicul pediatru sau sora de pediatrie, se insistă asupra acestor aspecte, efectuîndu-se, în acest mod, și o educație sanitară complexă și activă.

De asemenea, se va insista asupra promovării alimentației naturale în exclusivitate pentru primele 4—6 luni, arătîndu-se că laptele de mamă reprezintă alimentul ideal pentru sugar în asigurarea unei stări nutriționale bune și că prin o serie de proprietăți antiinfecțioase (prin o serie de factori ca : imunoglobulinele — în primul rînd imunoglobulinele A secretoare —, lactoferina, liganzii pentru acidul folic și vitamina B_{12}, lizozimul și factorii antiinfecțioși celulari — macrofage, polimorfonucleare neutrofile, limfocite —) laptele matern ajută la prevenirea infecțiilor, inclusiv a celor digestive.

De asemenea, cu ocazia vizitelor la domiciliu, medicul pediatru și sora de pediatrie vor insista ca în cazul alimentației artificiale cu lapte de vacă și diversele formule de lapte praf să se efectueze administrarea acestora cu lingurița și mai tîrziu cu cana, biberoanele și tetinele fiind mai greu de menținut curate în mediile cu igienă deficitară.

Diversificarea alimentației va fi începută pe la vîrsta de 4—6 luni, tot în scopul promovării unei stări nutriționale normale.

Pregătirea alimentației se va face în condiții igienice ; apa folosită trebuie să fie de la rețea, iar dacă există un dubiu asupra purității acesteia, va fi fiartă timp de 15 minute.

Alte măsuri profilactice cu caracter general se adresează depistării, izolării și neutralizării surselor de infecție prin examene de laborator periodice ale personalului de îngrijire din sectorul de pediatrie. Măsuri speciale vor fi luate în secțiile de nou-născuți, de pediatrie și în maternități.

OMUL ARE VÎRSTA ARTERELOR SALE

Acest adagiu îşi are raţiunile sale şi este în conformitate cu realitatea faptelor medicale.

Compromiterea aprovizionării cu sînge la anumite niveluri (creier, inimă, artere periferice) se poate solda cu boli grave: accidente vasculare cerebrale (infarcte cerebrale), infarctul miocardic, arteriopatiile periferice (ducînd în stadii avansate la necesitatea amputării membrului afectat).

La baza acestei compromiteri se găseşte frecvent ceea ce numim *un proces de ateroscleroză*. Procesul este comparabil, în linii mari, cu depunerea de „săruri" pe pereţii ţevilor care aduc apa în chiuvetă sau în cada de baie. Din cauza acestor strîmtorări, la chiuvetă sau la cadă soseşte, în unitate de timp, o cantitate mai mică de apă decît în situaţia în care ţevile nu sînt afectate.

Ateroscleroza se constituie într-o lungă perioadă de timp (pînă la 20—30 ani) şi se poate spune că profilaxia acesteia trebuie făcută încă din anii copilăriei.

PUŢINĂ ISTORIE

Istoria concepţiilor despre ateroscleroză trebuie să ţină seama de istoria cunoştinţelor despre circulaţia sanguină.

Este interesant să amintim că medicul egiptean Erasistratus, cu 300 de ani î.e.n., descria venele, arterele şi nervii şi considera că arterele conţin o substanţă numită „pneuma", care este înlocuită ori de cîte ori o persoană respiră. În artere „pneuma" ar exista numai în timpul vieţii.

Foarte fantezistă era afirmaţia lui Claudius Galen din Pergamos (120 î.e.n.), potrivit căreia în artere există sînge care circulă, inima este alcătuită din muşchi, dar organul central al circulaţiei ar fi... ficatul!

Leonardo da Vinci, care a executat circa 750 de desene anatomice (din care 600 se găsesc în castelul Windsor), a demonstrat originea vaselor coronare (vasele inimii) şi a susţinut, lucru important pentru vremea aceea, că „vasele la bătrîneţe, prin îngroşarea tunicilor, restrîng tranzitul sîngelui".

William Harvey a rămas, în istoria medicinii, ca cel ce a descoperit circulaţia ca un sistem închis, în care inima are o acţiune de pompă.

Descrierea anginei pectorale a fost făcută pentru prima oară de William Heberden (1768), iar a infarctului miocardic, de către James Herrick (1912), care considera că tromboza coronariană nu este o entitate diagnosticabilă clinic. Să nu uităm însă că în 1910, Obraztov şi Strajesko au diagnosticat infarctul miocardic la 3 persoane în timpul vieţii.

John Fothergill (1752—1780) considera că prevenirea aterosclerozei şi a îmbolnăvirii coronarelor s-ar face prin „restrîngerea alimentaţiei".

În 1833 Lobstein a lansat termenul de „arterioscleroză", avînd semnificaţia de îngroşare şi îndurare (întărire) a arterelor. De notat că expresia „ateroma" (de la care derivă procesul de ateromatoză) provine din limba greacă şi însemnă „terci".

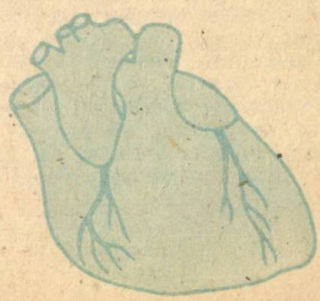
Lui Monckeburg îi datorăm, în 1903, izolarea calcifierii stratului mediu al arterelor, **mediocalcoza.**

Este bine să reţinem faptul că arterioscleroza cuprinde 3 entităţi: **arterioloscleroza** (îngroşarea şi indurarea unor artere mai mici, numite arteriole), **mediocalcoza** şi **ateroscleroza** (formarea de „plăci" ateromatoase la diferite niveluri ale diverselor artere).

CÎTE CEVA DESPRE ATEROSCLEROZĂ

Modul în care se constituie ateromul pe artere mai suscită încă discuţii şi ele sînt interesante pentru profilaxia aterosclerozei.

Este interesant să amintim pe celebrul cercetător german Virchow, care susţi-



nea că la baza ateromului este o inflamație cronică a stratului intern al arterei, pe care se depune, ulterior, colesterolul.

Alți autori au negat rolul inflamației și au susținut că, pe lîngă depunerea de colesterol, are loc o depunere de cheaguri sanguine mici, care se transformă în țesut cicatriceal.

Sînt interesante de reținut cercetările făcute de o serie de autori ruși.

Astfel, în anul 1908, Ignatovski, hrănind iepurii cu lapte și gălbenuș de ou, a demonstrat legătura dintre alimentație și ateroscleroză. Anicikov și Șalatov au obținut ateroscleroza la iepurii cărora li s-a adăugat în alimentație colesterol pur.

În 1912, Stukey a remarcat faptul că o dietă cu gălbenuș de ou și creier provoacă leziuni arteriale, pe care alimentația cu ulei de floarea-soarelui și ulei de pește nu le produce.

Relativ recent, școala de cardiologie de la Cluj a adus contribuții interesante și originale privind rolul unor mecanisme imunologice în ateroscleroză.

Se pare că și intervenția calciului în producerea plăcilor de ateroscleroză e dovedită. Consecința acestui fapt ar fi o profilaxie a aterosclerozei cu medicamente numite **blocanți de calciu** (Nifedipin, Corinfar etc.).

Revenind la constituirea plăcilor ateromatoase se pare că lucrurile s-ar produce astfel : lezarea celulelor din stratul intern al arterei (prin diverși factori : hormonali, toxine microbiene, virusuri etc.) ; agregarea trombocitelor (celule din sînge cu rol în coagularea sîngelui) și eliberarea unor factori care duc la o creștere celulară ; depunerea grăsimilor din sînge, care circulă în combinație cu anumite substanțe proteinice (sub formă de lipoproteine și anume un tip special, cu densitate joasă).

Am amintit deja că aceste plăci pot să strîmtoreze calibrul arterei la vasele creierului, inimii, a membrelor inferioare. Această stenozare se petrece în timp. Este bine cunoscut exemplul tinerilor soldați germani, morți în primul război mondial, și a celor americani, morți în Coreea, la care s-au consemnat, la o vîrstă tînără, leziuni de ateroscleroză.

Există o lungă perioadă de timp în care bolnavii nu au simptome. Apoi survin simptome, ca de pildă : ameteli, dureri precordiale, dureri în membrele inferioare la mers. Acest fapt se explică prin aceea că strîmtorarea arterei inițial nu este suficient de mare pentru a aduce prejudicii organului respectiv. De pildă, se apreciază că o reducere cu 70% a calibrului unei artere coronare creează condiții pentru apariția unei dureri precordiale (acces de angină pectorală).

Într-un articol anterior, publicat în „Almanahul Sănătății", am arătat că există și anumiți factori genetici cu care ne naștem și care ar explica predispoziția la ateroscleroză. Semnalam cu acea ocazie că între acești factori genetici și factorii de mediu (așa-numiții factori de risc) există o corelație.

CÎTEVA INDICAȚII PRACTICE

Influențarea factorilor de risc poate să scadă incidența aterosclerozei. În acest sens s-a semnalat o scădere în S.U.A. a proporției mortalității generale prin boli cardiovasculare cu 36%, în perioada 1963—1983.

Mortalitatea prin cardiopatie ischemică, în aceeași perioadă de timp, a înregistrat o scădere de 37%. O scădere, în proporții mai mici, s-a înregistrat și în alte țări (Japonia, Israel, Australia, Finlanda, Noua Zeelandă, Norvegia și Olanda). Această

scădere s-a consemnat în condițiile în care a scăzut obiceiul de a fuma, ca și consumul pe locuitor de ouă, unt, lapte și grăsimi naturale. În legătură cu consumul de lapte, Finlanda reprezintă un exemplu tipic. Cardiopatia ischemică (avînd la bază în peste 90% cazuri o ateroscleroză coronariană) este mai frecventă în estul țării, unde se consumă o mare cantitate de lapte cu procent foarte ridicat de grăsimi.

Caloriile pe care organismul și le ia din grăsimi nu trebuie să depășească 30%, iar grupa grăsimilor saturate — unt, smîntînă, slănină, ulei prăjit etc. — să reprezinte cel mult 1/3.

Vom recomanda deci uleiul de floareasoarelui, crud sau fiert (în nici un caz prăjit), uleiul de porumb, margarina, uleiul de pește, grăsimile vegetale, în general. Fructele, legumele, zarzavaturile se vor consuma fără restricție. O oarecare restricție vom indica în consumul de pîine, de făinoase, de dulciuri, pentru că ele conțin glucide care pot duce la creșterea unui tip de lipoproteine, al căror rol în ateroscleroză se discută. Se va consuma carnea slabă, fiartă sau la grătar.

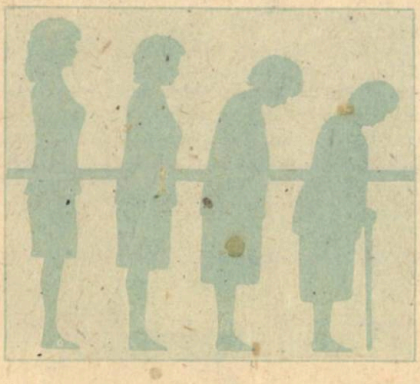
Bolnavii obezi vor trebui să slăbească, deoarece este cunoscută tendința lor la boli metabolice și în special la hipertensiune arterială și diabet, doi factori de risc majori pentru cardiopatia ischemică.

Consumul de sare e bine să nu depășească 4 g/zi, rolul acesteia în producerea hipertensiunii arteriale fiind bine precizat.

Prin dietă și prin medicamente care scad lipidele (de tipul Anghirol, Metaspar etc.) vom urmări nivelul colesterolului în sînge, care trebuie să se situeze în jur de 200 mg%.

Diabetul zaharat, odată apărut, trebuie echilibrat printr-un regim corespunzător, la care se pot adăuga Tolbutamid, Meguan sau, dacă este cazul, Insulină.

Hipertensiunea arterială, în funcție de valorile și stadiul ei, trebuie tratată atît prin metode nemedicamentoase (în primul rînd dietă fără sare), cît și medicamentoase. Să nu uităm că hipertensiunea arterială trebuie tratată zilnic, toată viața.



Abandonarea fumatului înseamnă combaterea unui alt factor de risc major. Se apreciază că decesele prin cardiopatie ischemică, legate de fumatul de țigară, depășesc de 3 ori pe cele produse prin cancer pulmonar. S-a constatat că fumatul favorizează agregarea trombocitelor, crește numărul pe minut al bătăilor inimii și tensiunea arterială. Relația dintre fumat și arteritele aterosclerotice este foarte importantă și obișnuim să spunem adesea bolnavilor că fumatul este „otravă", în special pentru arterele periferice.

Să nu uităm că un rol nociv pentru nefumători îl are așa-zisul „fumat pasiv" și că indicațiile de a se restrînge fumatul și fumătorii să aibă un anumit loc de fumat (la serviciu, în tren etc.) sînt foarte importante.

Activitatea fizică e un important mijloc de profilaxie a aterosclerozei. Dealtfel am demonstrat și noi că efortul crește activitatea fibrinolitică a sîngelui și împiedică astfel apariția microcheagurilor cu rol în formarea plăcilor de aterom. Plimbarea mai viguroasă, ciclismul sau înotul dezvoltă circulația colaterală, în special la nivelul inimii.

Consumul de alcool se poate recomanda cu temperanță. S-a demonstrat că folosirea a 50 g alcool pur/zi favorizează creșterea unor lipoproteine care au rolul de „cărăuși" ai colesterolului, care se elimină prin bilă și nu se mai depune pe pereții vaselor.

Excesul de alcool se asociază cu hipertensiunea arterială, creșterea în greutate, creșterea trigliceridelor, afectarea ficatului, a miocardului etc.

Stresul psihic la anumite persoane (în special la cele cu așa-zisul tip A de comportament) trebuie combătut în mod corespunzător.

DR. O. OPRIAN și
DR. PAULA I. POGĂCEANU

SPITALUL M.I. „DR. V. BABEȘ", BUCUREȘTI

ODA SPERANȚEI

Din ere-ndepărtate și de mii ani lumină,
Ești cel mai mare astru al celor în impas,
Purtați de suferința ce nu le vrea popas,
La tine, mic și mare, neincetat se-nchină.

Cînd totul pare-ajuns, la simpla resemnare,
Și gindul amorțit, sub crusta faptelor — povară
Răsari pe nesimțite, în inima de chin amară,
Sfidînd orice durere, ne porți spre alinare.

Cu aripi de iluzii, ce ni le prinzi de minte,
Lăsîndu-ne furați, de-a ta putere oarbă,
Dorința de mai bine, incepe să ne soarbă,
Și cine ieri plîngea, acuma se dezminte.

Al tău prieten bun e timpul în mișcare,
Căci el te-ajută să ne pavezi un drum;
Cu piatra așteptării, să ne incerci acum,
Și să credem că mîine, va fi o zi cu soare.

Tu nu pieri niciodată, căci noi nu te lăsăm,
De vrei o lecție să ne dai, din suflet, tu plecînd
Prin focul disperării crunte, spre tine alergînd,
Cu brațele durerii, de tine ne-agățăm.

De unde vii și-aduci, nemăsurata-ți forță,
Ce ne cuprinde-n vraja visărilor reale,
Către izbînzi și gustul clipei ideale,
Ș-aprinzi lumina-n suflet, neîncetată torță ?

. . . . . .

Din ere-ndepărtate și de mii ani lumină,
La tine, mic și mare, neincetat se-nchină.

TITEL CANACHE

VERUCILE

Prof. dr. Al. Dimitrescu

CLINICA A II-A DE DERMATOLOGIE, I.M.F. BUCUREȘTI

Verucile constituie o afecțiune cu largă răspîndire, în special în rîndul copiilor. Există mai multe varietăți clinice, în funcție de sediul lor și tipul de virus care le provoacă. Mai intervin în condiționarea varietății, respectiv a aspectului clinic, vîrsta și sexul.

Verucile sînt produse de virusuri care fac parte din grupul numit **papilloma-virusuri.** Sînt virusuri ADN (cu genom al cărui acid nucleic este un acid dezoxiribonucleic), avînd dimensiuni medii în jur de 50 nanometri diametru. Au un pronunțat tropism * pentru piele și mucoase, de unde și denumirea dată leziunilor proliferative, aceea de **epidermoviroze.**

Studii citologice evidențiază incluziuni nucleare bazofile și inducerea unei keratinizări precipitate în celulele epidermale infectate, în a căror citoplasmă apar incluziuni eozinofilice nevirale. Ca urmare a efectelor virusului prezent în celulele epidermale în care el se înmulțește, se produce o proliferare a epidermului, cu îngroșarea tuturor straturilor acestuia. Celulele stratului malpighian infectate apar la microscop mai mari și cu citoplasma vacuolizată perinuclear. Dermul subjacent apare cu prelungiri care pătrund adînc în epidermul îngroșat, realizînd ceea ce se numește o **papilomatoză,** această leziune fundamentală generînd și denumirea generică de **papiloame,** dată proliferărilor produse de aceste virusuri. Cercetări laborioase de laborator au demonstrat o mare eterogenitate a papilloma-virusurilor, descriindu-se mai multe tipuri bazate pe tipul de ADN. Există papilloma-virusuri și la animale, la care pot produce

* *Tropism* = reacția unor organisme inferioare sau celule la excitanți chimici sau fizici, față de care au tendința de a se apropia (tropism pozitiv) sau îndepărta (tropism negativ).

atît tumori benigne, cît și maligne. La om diferitele tipuri de papilloma-virus (HPV) produc proliferări epidermice cu caracter obișnuit benign, majoritatea încadrîndu-se clinic în grupul verucilor. Alături însă de acestea, mai există și două leziuni proliferative ale mucoaselor produse de papilloma-virusuri : **hiperplazia epitelială focală** (papiloame virale), cu localizări pe fața internă a buzelor, în special inferioară și limbă ; **papiloamele laringiene,** care pot suferi o transformare malignă.

Cît privește verucile se descriu 5 tipuri comune :

1. **Verucile vulgare** sau **„negii"** reprezintă cel mai frecvent tip. Se întîlnesc la toate vîrstele, dar cu predilecție la copii ; sînt auto- și heteroinoculabile. Se prezintă sub formă de proeminențe rotund-ovalare, de culoarea pielii normale, roze sau cenușii, cu diametre variabile între cîțiva milimetri pînă la 1 cm, cu suprafața îngroșată și aspră-rugoasă, în unele cazuri ea fiind brăzdată de șanțuri adînci. Sînt solitare sau multiple, în care caz în jurul verucii-mame sînt grupate altele mai mici, provenite prin autoinoculare. Localizarea este ubicuitară, dar se face cu predilecție pe dosul mîinilor și al degetelor, pe palme, pe fețele palmare ale degetelor, iar la copii, frecvent și pe genunchi.

2. **Verucile plantare** le întîlnim în planta piciorului. Se localizează mai des în partea anterioară a acesteia, unde se dezvoltă nu în exterior, ci în profunzime, din cauza presiunii continue. Și în această localizare pot fi solitare sau multiple. Sînt extrem de dureroase, provocînd jenă la mers și ortostatism *, mai ales la acei subiecți care prin natura profesiei sînt obligați la astfel de condiții, creîndu-le o adevărată invaliditate. Transpirația excesivă a picioarelor și îngroșarea pronunțată a stratului cornos la persoane predispuse, ca efect al presiunii continue prin încălțăminte neadecvată, favorizează inocularea lor, inoculare care se poate face și în cursul manevrelor de pedicură. Cel mai adesea verucile plantare sînt descoperite după ce se fac simțite prin durerea pe care o produc, obiectiv fiind descoperite abia la examenul atent al tegumentului plantei, inițial sub forma unor mici cratere cenușii, înconjurate de un chenar rotund gălbui, format din stratul cornos îngroșat. În leziunile mai avansate craterul lărgit apare presărat de mici puncte negre, care nu sînt altceva decît zone de strat cornos impregnate cu resturi de sînge provenind din profunzimea verucii.

3. Un alt tip îl prezintă **verucile cu localizare în jurul unghiilor de la degetele mîinilor,** unde ele se prezintă ca îngroșări cu suprafața mai gălbuie și rugoasă, fie limitate la repliul cutanat, periunghеal, fie infiltrîndu-se sub unghie, unde produc atît dureri, cît și deformări ale acesteia, care pot rămîne, uneori, definitive. În multe din cazuri inocularea de la un deget la altul se face prin intermediul foarfecelor de tăiat unghii, adesea în cabinetele de manicură.

4. **Verucile plane** reprezintă o altă varietate, care afectează predilect copiii și femeile adulte. Localizările elective sînt fața, inclusiv fruntea, pînă la nivelul liziere păroase a pielii capului și mai rar pe dosul mîinilor. Se caracterizează prin erupții de mici proeminențe abia reliefate, rotund-ovalare, de culoare roz, plane, cu diametre de 1—3 mm, uneori grupate sau confluente, alteori dispuse în dîre, datorită autoinoculării prin zgîrieturi. Au un pronunțat potențial de autoinoculare, de unde unele dificultăți de tratament. Uneori abia reliefate și distincte, sînt confundate cu alte leziuni, ceea ce duce la temporizare. Caracterul extrem de recidivant în unele cazuri la femeile adulte ridică și aici probleme de imunodeficiență.

5. O varietate particulară, proprie bărbatului adult, avînd ca localizare electivă regiunea păroasă a feței, bărbiei și gîtului, o constituie **papiloamele acantotice virale.** Se prezintă sub formă de mici proeminențe emisferice de 0,5—1,5 mm, cu suprafața ușor neregulată, mai rar sub formă de prelungiri filiforme de 1—2 mm ; sînt de regulă în număr mare, fiind ușor inoculate prin ras, la rădăcina firelor de păr tăiate, unde adesea se trădează prin puncte hemoragice care ulterior devin mici crustișoare brun-negricioase.

Cînd mai multe veruci confluează sau prin extinderea lor progresivă, pe suprafețe mari, realizează vaste placarde verucoase, întîlnite de obicei la nivelul plantelor, în special ale călcîielor, mai rar la mîini, se ridică probleme în ce privește răspunsul imunitar al gazdei. Aceeași

* *Ortostatism* = fenomenul de menținere a corpului în poziție verticală, ortostatică.

problemă o pun și cazurile cu leziuni multiple, uneori generalizate. Pe mucoasa buzelor se pot observa, uneori, de obicei la copii, leziuni papilomatoase, cu suprafața neregulată ; produse prin autoinoculare, după suptul sau ținutul în gură al degetelor purtătoare ale unor veruci tipice, se deosebesc din punct de vedere al tipului de papilloma-virus, de hiperplazia focală epitelială a mucoaselor și papilomul laringeal.

În diferitele manuale și tratate, alături de veruci sînt descrise, datorită aparteneței la același grup de papilloame-virusuri a agentului cauzal, **condiloamele acuminate** sau **vegetațiile veneriene**, care însă fac parte din bolile cu transmitere sexuală.

Într-o altă afecțiune cu incidență rară, cunoscută sub numele de **epidermoplazie veruciformă**, erupția de veruci de tipul acelora plane, dar cu diametre ceva mai mari, se răspîndesc în număr mare, uneori sute, pe membre, față, adesea pe întreg corpul. Această generalizare se datorește unei incapacități înnăscute, genetic determinate, de a controla infecția cu papilloma-virusuri. Pe regiunile descoperite, expuse la radiațiile solare, leziunile pot suferi o transformare malignă (epitelioame spinocelulare sau boala Bowen).

TRATAMENT

Tratamentul verucilor comportă numeroase și variate metode, unele condiționate de topografia lor. În acelea vulgare se pot utiliza : electrocoagularea, crioterapia (cu zăpadă carbonică sau, preferabil, cu azot lichid), enuclearea cu ajutorul unei curete speciale, urmată de atingeri cu o soluție alcoolică de fenol 75% sau / și podofilină 20%. Verucile plantare beneficiază mai puțin de crioterapie, cea mai eficientă fiind electrocoagularea în „pîlnie", pînă la aponevroza plantară ; în cazurile de veruci plantare multiple sau în plăci întinse, se pot utiliza băi prelungite, cu soluție saturată de sare de bucătărie, sau, dacă este posibil, se administrează retinoizi aromatici **(Tigason)** ; se mai pot utiliza topice keratolitice cu acid salicilic și acid lactic sau cu uree în concentrații crescute și sub pansamente ocluzive, dar recidivele sînt frecvente. Nu împărtășim opțiunea unora pentru radioterapie. În verucile plane se pot utiliza soluții cu keratolitice (acid salicilic și acid lactic în alcool și acetonă), topice cu acid retinoic **(Tretinoin)** ; tehnica preferată de noi constă în curetaj fin, superficial, urmat de atingeri cu soluție alcoolică de podofilină 20% (o singură aplicare a 6—8 ore). Se cunosc rezultatele favorabile, în unele cazuri, ale sugestiei (prin hipnoză), colorarea cu substanțe fluorescente, lumina cu lampă Wood etc.

Cu caracter profilactic se cere ca subiecții purtători de veruci să nu temporizeze evoluția, din indiferență sau frica de diferitele intervenții. Chiar dacă heteroinocularea se face cu predilecție la subiecții predispuși, cei cu veruci rămîn rezervoare ambulante de virusuri potențial contaminanți.

EPIGRAME

TINERII ȘI BERZELE

Pe căsuța lor micuță,
Două berze stau la sfat ;
Milă li-i să le alunge...
Și doi gemeni le-au lăsat !

UNUI OBEZ

Pentru ce amicul Igrec
A slăbit atîtea kile ?
S-a tratat cu-o „lipitoare",
Care l-a uscat de zile !

DILEMA FUMĂTORULUI

La voință n-am țigare,
Să renunț nu am voință
Că n-am vrut, avînd răbdare,
Să bat calea spre căință !

IN STAȚIUNE

Ca să nu mai fii gurmand,
Dragă-amice-ți recomand :
Stai la masă și la soare
Cu vreo trei cicălitoare !

INDEMN

Dacă mergi pe litoral
Nu te afunda-n local,
Soarele pe plajă-apare,
Nu la sticle și pahare !

MADRIGAL CHIRURGILOR

Toată clinica o știe,
Mina lui, curat tezaur,
Ca „zaraf" de meserie
Eu o prețuiesc cu AUR.

URARE DE ANUL NOU PENTRU UNELE FARMACII

Azi cînd e festiv momentul,
Le urăm în an odat',
Să găsim medicamentul
Ce ne-a fost recomandat !

UNUI ALCOOLIC

La un prieten bun acasă,
Unde-a băut și mult și tare,
El a căzut direct pe masă,
Că sub e-nghesuială mare !

UNEI ELEVE

La un ceai cu tot dichisul,
Știi ce mi-a șoptit vecina ?
Că nu-și mai îndreaptă scrisul,
Că-ndrăgește medicina !

INDEMN

Mergi la medic și-l consultă,
Boala nu se neglijează,
Fiindcă dacă ea e lungă,
Firul vieții se scurtează !

Gh. ZARAFU

MEDICILOR LUMII

E însuși răsăritul inundat de certitudini,
Duminica de ecouri și lumină...
Însemnul marelui soldat al sănătății,
Cel ce alungă noaptea din trup cu viață concretă.
L-am văzut veghind lîngă viscolul rănilor ;
Ochii-i sîngerau de neodihnă, dar nu renunța
La înmugurirea armoniei, triumf al primăverii.

VIORICA NANIA
CENACLUL LITERAR „TUDOR VIANU"

ASPECTE BIOMEDICALE

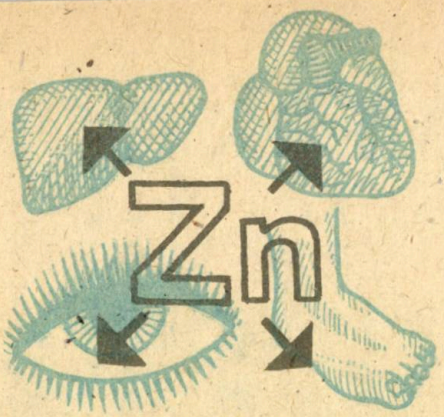
Rolul zincului

Zincul a fost cunoscut încă din antichitate, dovadă fiind obiectele găsite din acea perioadă, care conțineau zinc. Mai tîrziu, în anul 1520, acest microelement a fost descris, pentru prima dată, împreună cu proprietățile lui, de către Paracelsus. Fiind unul din componenții organismului uman, în care nu se găsește în stare liberă, ci sub forma unor compuși chelați (Ca-Zn-fitat), zincul are un rol important în organizarea și funcționarea materiei vii. Organismul își asigură necesarul de zinc din alimente, ca : pește, carne, lapte, gălbenuș de ou, legume verzi, fructe, apă etc. Zincul, ca microelement esențial, intervine în procesele de metabolism celular, în sinteza de ADN și ARN, precum și în metabolismul lipidelor și al hidraților de carbon.

Dintre implicațiile biomedicale ale zincului este cunoscut faptul că, încă din perioada intrauterină, concentrația de zinc este variabilă sau scăzută, pentru ca ulterior, în perioada de alăptare, valorile lui să crească.

La copii prematuri carența de zinc se manifestă prin prezența unor afecțiuni cutanate, datorită faptului că laptele de mamă poate avea o concentrație de zinc scăzută, ca urmare a unui deficit de excreție la nivelul glandelor mamare sau a unei absorbții reduse la nivelul intestinului, asociat sau nu cu o excreție mărită de zinc. După unii autori, carența de zinc împiedică dezvoltarea la șobolani a foetusului, iar o depleție poate determina apariția malformațiilor. Rezultă, de aici, rolul pe care zincul îl poate îndeplini în timpul*

* *Depleție* = eliminarea excesivă a unor constituenți esențiali ai organismului, ca : apă electroliți etc.



sarcinii și alăptării copilului. Deficitul de zinc produs printr-un aport alimentar insuficient sau din lipsa lui de absorbție (malabsorbție), diaree etc. poate fi remediat prin administrarea unor săruri de zinc (sulfat de zinc, gluconat de zinc, aspartat de zinc), evitînd însă excesul lor, care ar putea produce un dezechilibru al raportului Zn/Ca. Carența de zinc poate fi însoțită în cadrul manifestărilor clinice din patologia copilului de : întîrzierea creșterii, malformații scheletice, scăderea activității osteoblastice, leziuni epiteliale etc. Deficitul de zinc poate fi determinat și de excesul de fitați din alimentație, prin folosirea preponderentă a făinii albe, care este bogată în fibre și fitați. Excesul lor poate duce la formarea unor săruri insolubile, care face dificilă absorbția zincului.

O tulburare în absorbția intestinală a zincului, întîlnită în unele afecțiuni ca acrodermatita enteropatică*, se datorește absenței congenitale a unei oligopeptidaze enterocitare. Oligopeptidele favorizează formarea unor compuși chelați insolubili, care reduc posibilitatea de absorbție a zincului. Cercetări recente menționează cazuri de acrodermatită cîștigată în urma alimentației parenterale cu un aport scăzut de zinc, dar care poate regresa rapid prin suplimentare cu săruri de zinc. In general, deficitul de zinc apare în cursul unei alimentații parenterale totale prelungite, care se manifestă clinic cu diaree, blefarită (inflamația marginii libere a pleoapelor), alopecie (căderea părului) etc. La unii bolnavi cu acrodermatită enteropatică s-a găsit și un deficit imunologic, cu infecții repetate, ceea ce confirmă implicația zincului în procesul de imunitate.

De asemenea, variații ale concentrației de zinc apar în unele afecțiuni ca : anemia pernicioasă, afecțiuni hepatice, ciroza etilică, hipertiroidism, prostatită, adenom de prostată, ateroscleroză, tbc. etc.

Valori scăzute ale zincului s-au găsit și în unele boli dermatologice : psoriazis, vitiligo, eritem endocrin etc. Cercetări făcute în ultimii ani au demonstrat importanța zincului în procesul de cicatrizare a plăgilor, care se produce mult mai rapid prin folosirea tratamentului cu sulfat de zinc. Rezultate bune s-au obținut și în tratamentul acneei, prin asocierea sărurilor de zinc cu vitamina A, ca urmare a acțiunii lor de stimulare a unor prostaglandine.

In patologia digestivă, ca în boala Crohn, rectocolita hemoragică etc., întîlnim variații ale zincului, datorită stării de malabsorbție din regiunea duodenală și jejunală, care sînt zonele de absorbție ale microelementului.

In alte afecțiuni, ca infarctul miocardic, cercetările unor specialiști au stabilit că inițial are loc o scădere a concentrației de zinc, care pe parcurs poate reveni la limite normale.

Alte cercetări au arătat că în patologia oculară zincul este folosit atît de retină, cît și de nervul optic, în unele procese enzimatice, prin anhidrida carbonică, care are rol important în formarea umorii apoase și în fiziologia celulelor vizuale. Aplicarea unui tratament cu zinc în nevritele optice a dat rezultate bune, contribuind la creșterea acuității vizuale.

In afecțiunile ginecologice, datorită proprietăților sale antiseptice, astringente, antifungice, zincul poate fi folosit în terapia antitricomonazică, atunci cînd alte tratamente clasice nu au dat rezultatele scontate.

Zincul intervine și în cadrul unor procese hormonale, fiind un constituent important al complexului zinc-insulină din organism, hormon cu rol de control și de reglare a metabolismului hidraților de carbon, proces important în transformarea proinsulinei în insulină, la nivelul celulelor beta din insulele lui Langerhans. Carența de zinc nu modifică concentrația de insulină, dar poate reduce eliberarea acesteia, influențîndu-i activitatea.

Zincul, ca microelement esențial, este implicat și în activitatea unor enzime, ca de exemplu carbamicoanhidraza, carboxipeptidaza, fosfataza alcalină, dehidrogenazele etc. Acțiunea catalitică a enzimelor este dependentă de prezența unor ioni, ca : Zn, Mn etc., al căror rol în procesul de activare al enzimelor se explică prin asigurarea unei anumite configurații spațiale a acestora, favorabilă formării de chelați cu substratul proteine, acizi nucleici, glucide etc., cu implicații în sinteza și degradarea moleculelor biologice fundamentale și stocarea unor grupări funcționale în transportul oxigenului la nivelul țesuturilor. Fiind unul din componenții de structură a enzimelor care au acțiune în activitatea

* *Acrodermatită enteropatică* = afecțiune deseori familială, începînd de la vîrsta de cîteva luni, de cauză complexă, în care leziunile cutanate veziculobuloase ale extremităților membrelor se asociază cu tulburări gastrointestinale (diaree).

musculară, ca lactatdehidrogenaza și fosfataza alcalină, se poate conchide că există o legătură între deficitul de zinc și distrofia miotonică.

Cercetări efectuate pe animale au arătat că în unele condiții se cunoaște efectul antagonist al calciului, cadmiului, cuprului etc., care poate reduce toxicitatea zincului și invers. Printre factorii care contribuie la reglarea absorbției zincului, pe lîngă prostaglandine și metalotioneina (o metaloproteină sanguină), un rol primordial îi revine calciului în exces. Acesta, singur sau asociat cu un exces de fosfor, favorizează creșterea necesarului de zinc, prin potențializarea fitaților care pot conduce la instalarea unei stări carențiale normale de aport.

Cadmiul, ca antimetabolit al zincului, poate influența distribuția intracelulară a acestuia la nivelul ficatului, înlocuindu-l, în parte, în unele țesuturi, ceea ce implică competiția acestor oligoelemente la locul de fixare cu proteinele. Alte studii au arătat că prin administrarea cadmiului la șobolani se produce hipertensiune arterială, cu creșterea reabsorbției renale a sodiului. Hipertensiunea arterială poate fi influențată sau anulată după administrarea injectabilă a unor săruri de zinc, care pot fixa cadmiul sub forma unor complecși chelați.

Cuprul poate intra în competiție cu zincul prin inhibiția de absorbție a acestuia. Un aport alimentar crescut de cupru poate contribui la reducerea leziunilor paracheratozice, care pot fi induse de deficitul de zinc prin transformarea acizilor grași în prostaglandine, implicate în stările de paracheratoză. Prin administrarea simultană a acestor elemente – Cu-Zn – are loc o scădere a absorbției cuprului, de unde rezultă rolul protector al zincului în organism asupra intoxicației de cupru.

Instituirea unui tratament cu săruri de zinc în cazul afecțiunilor amintite este necesar a se face sub supravegherea cadrelor medicale, în vederea evitării supradozărilor și a efectelor nocive care ar putea rezulta.

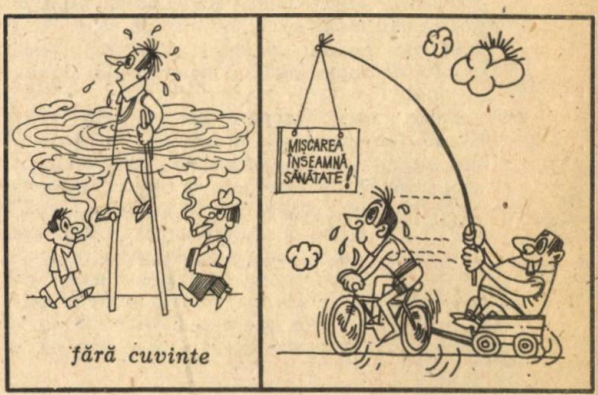
În practica medicală, cunoașterea efectului protector al zincului față de unele maladii face să sporească interesul cunoașterii mai aprofundate a acestui microelement.

Dr. Alin Bâcleșanu și dr. Paula Grigorescu Sido
Cluj-Napoca

PROVERBE ȘI...SFATURI

— **Lupu-și schimbă părul, dar năravul ba... tu însă ești om, deci te poți schimba !**
— **Spune-mi cu cine te aduni, ca să-ți spun... cine te-a molipsit !**
— **Rufele murdare se spală în familie... dar numai prin fierbere !**
— **Cum îți vei așterne, așa vei dormi... iar cu așternut curat vei dormi bine !**
— **Ochii care nu se văd se uită... și ochii care nu se îngrijesc se pierd !**
— **Ziua bună se cunoaște de dimineață... dacă faci gimnastică !**
— **Bine faci, bine găsești... dacă mergi din timp în timp la doctor !**
— **Orice pasăre pe limba ei piere... iar musca prin insecticide !**
— **Fiecare știe unde-l doare... dar mai bine știe doctorul de ce !**
— **Găina bătrînă face zeama bună... dar mîncați și legume !**
— **Cu răbdarea treci și marea... așa că te poți lăsa și de băutură !**
— **Mița blîndă zgîrie rău... și infectează !**

I. MURGAN



fără cuvinte

Desene de Nic Nicolaescu

CĂLIMĂNEȘTI-CĂCIULATA

PERLĂ BALNEARĂ VÎLCEANĂ

Dr. **Gh. Mămularu**

Medic primar, Policlinica Balneară Călimănești

Călimănești-Căciulata, stațiune de interes național și internațional, este o adevărată perlă balneară pe care marele nostru istoric Nicolae Iorga o denumea „Sinaia Vîlcii".

Apele sale minerale sînt cunoscute de pe timpul strămoșilor noștri, dacii și romanii ; acest fapt ne este adeverit de existența vestigiilor termelor de la Arutela, construite în timpul împăratului roman Hadrianus (117—138 e.n.).

Stațiunea se află la poalele Carpaților Meridionali, pe malurile Oltului, la 45°15′ latitudine nordică și 24°15′ longitudine estică, în depresiunea Jiblea—Berislăvești, la o altitudine de 280 m. În această zonă întîlnim trei trepte de relief : una reprezentînd fundul depresiunii, cu întregul complex de forme de acumulare (lunci, terase aluvionale, depozite deluvio-coluviale etc.), urmată de cele două culmi de dealuri, pe laturile de est și vest, și apoi de rama înaltă a munților din partea de nord.

Clima este temperat-continentală, mai blîndă, fără schimbări bruște de temperatură sau umiditate, caracteristică depresiunilor subcarpatice. Temperatura medie anuală este de 9,7°C ; vara, 19,1°C, iar în ianuarie, —1°C, —2°C. Cantitatea medie anuală de precipitații este de 705 mm ; umezeala relativă a aerului în perioada aprilie—octombrie este de 56—84%. Durata de strălucire a soarelui este de peste 2 000 de ore anual. Vînturile, care bat uneori, sînt de mică și medie intensitate și canalizate pe Valea Oltului, cu direcția nord-sud.

În privința concentrației și a temperaturii, izvoarele minerale sînt numeroase și variate. Specialiștii hidrogeologi au studiat și inventariat pe aria acestei stațiuni balneare aproape 40 de surse, dar practic se folosesc următoarele :

La Călimănești : 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 12, bis. 13 (puțul Ostrov), 14 și sonda 1 005.

La Căciulata : 1, 2, 3, forajele 1 004 și 1 006 (geotermal).

La Cozia : 1, 2, 3, 4, 5 și forajul 1 008 (geotermal).

La Păușa : 1 și 2.

Apele minerale din această stațiune se clasifică după cele 3 criterii — temperatura, concentrația osmotică (mineralizare la litru) și compoziția chimică —, astfel :

După temperatură :

a) ape sulfuroase reci, a căror temperatură este sub 20°C, cum sînt : Călimănești — 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 12 bis, 13 (puțul Ostrov) ; Căciulata — 1 și 2 ; Cozia — 2 ; Păușa — 1 și 2 ;

b) ape sulfuroase termale, a căror temperatură este peste 20°C și care se subîmpart în :

— ape hipotermale (20—34°C) : Cozia — 3 și 4 ;

— ape termale, a căror temperatură este de 42—43°C : Călimănești — foraj 1 005 ; Căciulata — forajele 1 004 și 1 003 ; Cozia — 1 și 5 ;

— ape geotermale, care au temperatură de 85—87°C : Căciulata — forajul 1 006 și Cozia — forajul 1 008.

După concentrația osmotică (mineralizare la litru de apă) :

— ape sulfuroase, oligominerale, cu o concentrație sub 1 g‰ : Călimănești — 7 și 14 ;

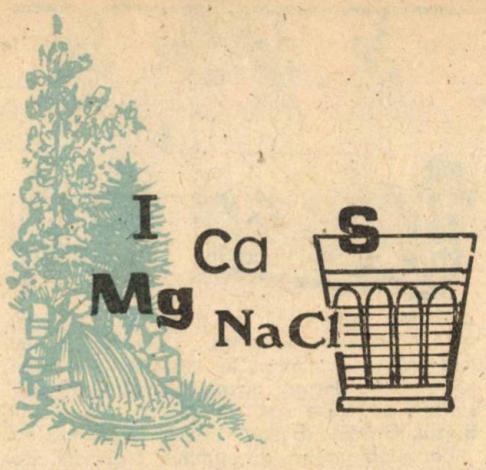
— ape sulfuroase hipotone (1—8 g‰) : Călimănești — 4, 9, 10, 11, 12, 12 bis, 13 (puțul Ostrov), forajul 1 005 ; Căciulata — 1, 2, forajele 1 003, 1004 și 1 006 ; Cozia — 1, 2, 3, 4, 5 și forajul 1 008 ; Păușa — 1 și 2 ;

— ape sulfuroase izotone (8—9 g‰) : Călimănești — 5 și 8 ;

— ape sulfuroase hipertone, cu o mineralizare de peste 10 g‰ : Călimănești — 6 (are 21 g‰).

După compoziția chimică :

— apele minerale din stațiunea balneară Călimănești—Căciulata sînt sulfuroase, clo-



rurosodice, calcice, magneziene, unele din ele slab iodurate.

Caracteristica lor principală este aceea că la izvor sînt limpezi şi incolore ; în contact cu aerul, hidrogenul sulfurat şi celelalte componente sulfurate se oxidează şi favorizează apariţia precipitatului de sulf, care dă aspectul tulbure al apei minerale. Cu cît oxidarea este mai intensă, cu atît calităţile terapeutice ale apei minerale scad. De aici rezultă indicaţia ca aceste ape minerale să fie folosite, cu precădere, la sursă.

În ţara noastră, apele minerale sulfuroase din Călimăneşti—Căciulata sînt similare cu cele din Herculane, Pucioasa, Govora, Olăneşti, Mangalia, Strunga, Broşteni, Bizuşa, Nicolina-Iaşi, Săcelu etc.

Apele minerale din Călimăneşti—Căciulata, prin proprietăţile lor fizico-chimice şi farmacodinamice particulare, exercită acţiuni multiple asupra întregului organism, după ce în prealabil au influenţat organele de pătrundere, de acces, adică cele ale tubului digestiv. Acţiunea lor complexă se datoreşte electroliţilor foarte variaţi, care intervin în activitatea biologică a celulelor, hormonilor şi enzimelor, ducînd la modificări în mediul intern (acţiunea osmotică, echilibrul ionic şi cel acido-bazic, procesele de oxido-reducţie, volemie etc.), în sensul unei normalizări.

Nu trebuie să uităm că, alături de acţiunea benefică a apelor minerale, îşi aduc o contribuţie substanţială şi alţi factori din staţiunea noastră, şi anume : aşezarea geografică, climatul, regimul igieno-dietetic, reglementarea activităţii şi a repausului, procedurile balneofizicale, cultura fizică medicală, turismul, jocurile sportive etc.

În staţiunea Călimăneşti—Căciulata apele minerale le administrăm sub următoarele modalităţi :

— cură externă, sub formă de băi minerale la cadă, bazine acoperite şi stranduri termale ;
— cură internă, crenoterapie sau cură de băut ;
— aerosoli ;
— irigaţii vaginale ;
— injecţii intramusculare cu izvorul Călimăneşti 8.

Staţiunea noastră dispune de următoarele instalaţii de tratament :

— instalaţii pentru băi calde cu apă sulfuroasă la vane (Călimăneşti, Căciulata şi Cozia) şi bazine acoperite (Căciulata) ;
— bazine (piscine) descoperite, cu apă termală sulfuroasă, la Căciulata şi Cozia ;
— biuvete pentru cură internă cu ape minerale la Călimăneşti, pentru izvoarele 4, 5, 6, 7, 8 şi 14 ; la Căciulata, pentru izvoarele 1 şi 2 ; la Cozia, pentru izvoarele 2, 3 şi 4, iar la Păuşa, pentru izvoarele 1 şi 2 ;
— instalaţii pentru aerosoli ;
— instalaţii pentru electro- şi hidroterapie ;
— săli pentru gimnastică medicală, mecanoterapie şi masaj.

Ţinînd seama de acţiunea terapeutică a izvoarelor minerale, a climatului şi de existenţa unei baze de tratament modernă, dotată cu o gamă variată de aparatură medicală şi proceduri balneofizicale diversificate, aici, la Călimăneşti—Căciulata, se pot face tratamente pentru diferite afecţiuni :

— **ale aparatului digestiv şi glandelor anexe:** gastritele cronice, ulcerul gastric şi duodenal, colitele cronice, hepatitele cronice persistente, neevolutive, diskineziile, procesele inflamatorii cronice şi litiazice ale căilor biliare ;

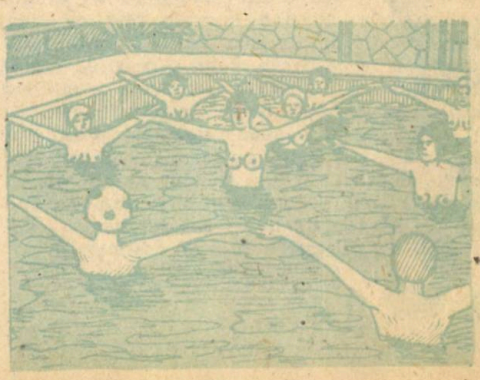
— **ale aparatului urinar :** litiazele simple sau infectate, pielonefritele şi cistitele cronice netuberculoase ;

— **reumatismale :** inflamatorii cronice, degenerative, secundare şi abarticulare ;

— **metabolice :** guta, obezitatea şi diabetul zaharat.

Se mai pot trata, ca boli asociate celor de mai sus (considerate profilurile staţiunii), următoarele : alergozele cutanate, afecţiunile pulmonare cronice netuberculoase, bolile profesionale (intoxicaţiile cu plumb, mercur, silicoză) şi afecţiunile vasculare cronice (flebite, arterite).

Cei veniţi în această staţiune la odihnă şi tratament beneficiază de un spaţiu de cazare modern. S-au construit, în ultimii ani, noi complexe balneare la Căciulata (hotelul „Vîlcea" şi „Casa de odihnă şi tratament a sindicatelor") şi la Cozia (hotelurile „Căciulata", „Cozia" şi „Oltul"). De fapt se poate spune că la Cozia s-a născut o nouă perlă balneară, a cărei capacitate de cazare este de peste 1 500 de locuri, iar cea a bazei de tratament, de aproape 5 000 de proceduri de balneofizioterapie pe zi. În anul 1986 au fost



terminate lucrările de modernizare ale edificiului din Călimănești, actualul hotel „Central", care dispune de condiții moderne de cazare și tratament.

Dar pe lîngă „comorile" balneare pe care le-am amintit mai sus, această stațiune are și un potențial turistic bogat și multe vestigii din istoria poporului nostru. Relieful extrem de variat se impune prin sălbăticia defileului Oltului, în sectorul „Cîrlige", unde se depășesc, în măreție și frumusețe, toate peisajele desfășurate de-a lungul celor 700 de km străbătuți de torsionatul curs al rîului. În ultimul deceniu, pe raza stațiunii noastre au fost construite pe rîul Olt două hidrocentrale („Călimănești" și „Turnu"), care adaugă noi peisaje defileului și, în plus, oferă posibilitatea desfășurării, în bune condiții, a sportului nautic.

Masivele muntoase care străjuiesc stațiunea spre nord, „dîndu-și mîna" și separîndu-se totuși în genunea de la „Cîrligele" Oltului, respectiv Cozia (1 677 m) și Naruțiu (1 499 m), primul mai ușor accesibil, în ciuda altitudinii mai mari, se întrec în etalarea formelor, uneori de-a dreptul bizare, modelate în gnaisurile din care sînt alcătuite : Durducul, Bulzul, Grădina Bulzului, Ciuha, Foarfeca etc.

Populată intens, din timpuri străvechi, datorită importantei porți de legătură cu Transilvania, regiunea te întîmpină la tot pasul cu monumente arheologice și istorice — castre romane de-a lungul Oltului : „Castru Traiana", la Dăești-Simbotin, „Arutela", de la Bivolari, „Praetoriul", la Copăceni, „Turnul lui Doancă", lîngă Mănăstirea Turnu etc.

În raza stațiunii alte monumente istorice își așteaptă vizitatorii, al căror număr crește cu fiecare an : „Mănăstirea Cozia", ctitoria lui Mircea cel Mare, „Schitul Bolnița", construit în 1542 de Radu Paisie și considerat, pe drept cuvînt, „bijuteria sec. al XVI-lea", pentru armonia liniilor sale arhitecturale și frumusețea picturii originale, „Schitul Ostrov", din timpul domniei lui Neagoe Basarab etc.

Stațiunea balneară Călimănești—Căciulata, care are o istorie milenară, a devenit demult cunoscută în țară și peste hotare, datorită efectelor binefăcătoare ale izvoarelor sale minerale.

„MINICOD DE COMPORTARE CIVILIZATĂ"

LA CURĂ ÎN STAȚIUNEA BALNEOCLIMATERICĂ

— Înainte de a pleca într-o stațiune nu uitați să treceți pe la medicul dumneavoastră pentru un consult și aplicarea vizei pe biletul de odihnă, pentru respectiva stațiune.

— Chiar din prima zi cînd ați sosit în stațiune nu e neapărată nevoie să vă etalați cunoștințele, utilizînd trucurile cele mai ieftine sau, de ce nu, cele mai sofisticate, pentru a nu vă respecta rîndul și a o lua înaintea altora, la diferitele proceduri. Gîndiți-vă că acum vă aflați, totuși, în concediu...

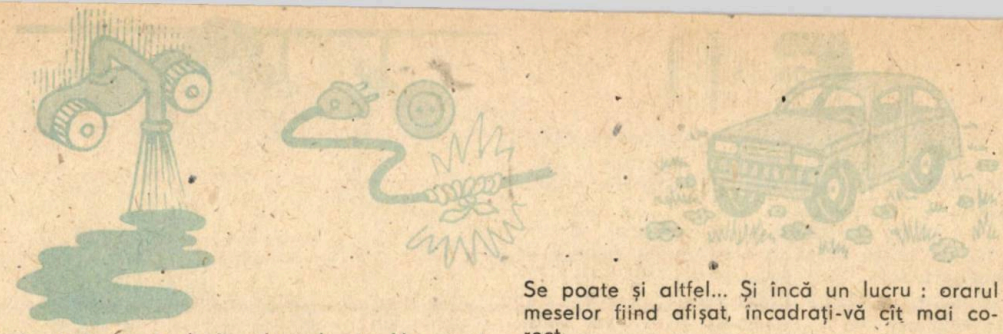
— Abandonați ideile originale asupra tratamentului. Oricum, personalul medical al stațiunii are ceva mai multă... experiență.

— Cuvîntul de ordine în orice stațiune este păstrarea curățeniei. Respectul pentru curățenie este respectul față de noi înșine.

— Respectul față de mobilierul sălilor de așteptare, al sălii de mese, de jocuri sau al dormitorului trebuie să fie același ca pentru orice lucru care vă aparține.

— Nu rupeți crengi de brad, flori sau ramuri din copaci, pe care apoi le aruncați la primul colț. Cînd faceți o excursie prin împrejurimi nu colecționați flori rare, unele fiind chiar monumente ale naturii, și nu masacrați scoarța copacilor scrijelindu-vă numele alături de cine știe ce desen. Trecerea dumneavoastră pe aici trebuie să rămînă cît mai neobservată.

— Admițînd faptul că sînteți un bun cunoscător al stațiunii și că veniți aici de un număr bun de ani, nu vă băgați în tratamentul prescris altora, sfătuindu-i să urmeze



alte tratamente decît cele indicate. Nu uitați că fiecare organism reacționează altfel și fiecărui om aflat la cură i se prescrie un tratament individualizat.

— Alcoolul nu are ce căuta în cadrul curei balneare. De aceea părerea unora, conform căreia „cui pe cui se scoate", trebuie părăsită. Nu de alta, dar cuiele mai pot fi și... ruginite.

— Fumatul, chiar dacă obișnuiți să-l practicați, țineți cont că mulți dintre cei aflați în jurul dumneavoastră sînt suferinzi cu inima sau plămînii și fumul expirat de dumneavoastră este inspirat de ei. Pentru colegul de cameră aveți aceeași înțelegere.

— Dacă aveți un coleg de cameră cu care vă place să stați de vorbă, nu poate fi decît un lucru minunat. Dar nu uitați că discuțiile cu voce tare, risetele, aparatele de radio sau casetofoanele date la maximum pot deranja, mai ales la anumite ore de după amiază sau noapte, pe cei din alte camere sau din alte vile, care nu se mai simt atît de bine în compania dumneavoastră.

— Pasiunea pentru fotbal trebuie înfrînată, cel puțin pe plajă, unde jocul cu mingea este interzis.

— La masă, ținuta decentă este absolut obligatorie, chiar dacă afară este un soare puternic. Nu căutați neapărat să fiți original. Se poate și altfel... Și încă un lucru : orarul meselor fiind afișat, încadrați-vă cît mai corect.

— Vrînd să faceți o cură completă nu vă repeziți, spre exemplu, să beți din mai multe surse de apă, încercînd toate izvoarele, nerespectînd ceea ce vi s-a indicat. Vorba ceea, nu faceți toate curele odată !

— Dacă sînteți cu autoturismul personal, în stațiune el trebuie parcat în locurile special amenajate și nicidecum pe peluza cu flori sau împiedicînd accesul, blocînd ușile, porțile sau aleile.

— Nu utilizați prizele camerei pentru aparate improvizate.

— Aveți față de energia electrică aceeași grijă ca și la dumneavoastră acasă.

— Cînd plecați din cameră controlați încă o dată dacă ați închis robinetele.

— Atunci cînd vă însoțesc copii și cînd locuiți într-un hotel, nu lăsați copiii să se joace cu liftul.

— Dacă v-ați hotărît să veniți la tratament, aducînd cu dumneavoastră, de acasă, un cîine sau o pisică, nu căutați să vă afișați exemplarul drept star de cinema. Prezența lui trebuie să treacă cît mai neobservată, pentru că nu toți împărtășesc părerea dumneavoastră.

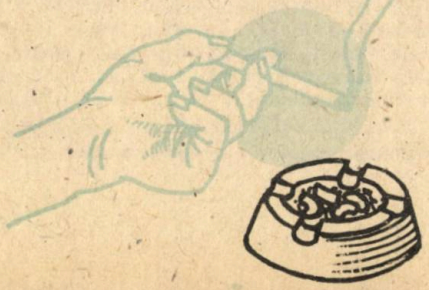
— La cură, abandonați tot ceea ce concură la nerespectarea bunului simț.

C. FLORIN

COMBATEREA FUMATULUI

SARCINĂ PRIMORDIALĂ A APĂRĂRII SĂNĂTĂȚII

PROF. DR. CONSTANTIN ANASTASATU



Fumatul și combaterea lui au devenit în ultima vreme, pe plan mondial, cea mai acută și mai vastă problemă de sănătate a populației. Se impune deci să cunoaștem care este volumul și interesul actual al problemei în diverse țări din lume, de ce mijloace dispunem pentru a stăvili pericolul, ce rezultate s-au obținut pînă în prezent și se întrevăd în viitorul apropiat.

1. SITUAȚIA ÎN LUME

În linii mari, se poate spune că la ora actuală aproape toată populația din lume este afectată în mod direct sau indirect de obiceiul tot mai înrădăcinat și mai larg răspîndit al fumatului, obicei care s-a dovedit cu certitudine științifică, în ultimele decenii, a fi extrem de dăunător, atît pentru fumătorii înșiși, care inhalează „fumul direct" al țigărilor, cît și pentru nefumători, care inhalează „fumul indirect", exhalat de fumători.

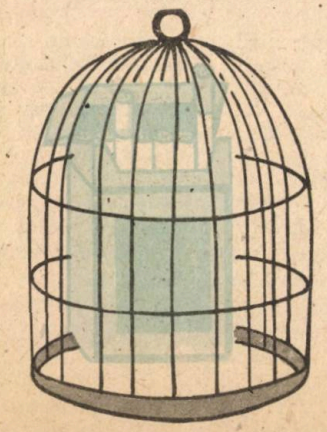
După datele statistice din diverse țări, patima — ca să nu spunem molima — fumatului atinge aproape jumătate din populație.

În țările industrializate europene, americane și de pe alte continente fumează aproximativ 45—50% dintre bărbați și aproape tot atîtea dintre femei. Femeile au îmbrățișat mai tîrziu acest obicei, dar l-au îmbrățișat cu mai multă pasiune decît bărbații, așa încît în prezent, în multe țări, fetele și femeile tinere fumează chiar mai mult decît băieții și bărbații tineri.

Dorind, de fapt, să-și manifeste emanciparea și egalitatea cu bărbații și prin această greșit înțeleasă și din păcate profund dăunătoare „libertate a fumatului", femeile fumătoare nu au reușit decît să ajungă la același risc ridicat ca și bărbații fumători, de a face boli dintre cele mai grave, cum sînt cancerul bronhopulmonar, sau cu alte localizări pe căile respiratorii, bronșita cronică obstructivă cu insuficiență respiratorie, infarctul miocardic și numeroase alte boli și inconveniente. Femeia gravidă sau mamă care s-a înrobit fumatului prezintă în plus riscul de a naște copii anormali sub aspectul sănătății sau de a-i îmbolnăvi ulterior.

În țările în curs de dezvoltare, ca și în unele țări dezvoltate din Extremul Orient, bărbații fumează în proporții variabile, de la 30—40%, pînă la 60—70%. Femeile — în proporții mai reduse — 10—20%. Fumatul se află însă în extindere net mai rapidă decît în țările europene sau nord-americane. Dat fiind faptul că în acestea din urmă s-a impus o oarecare limitare a consumului de țigări, marile trusturi ale tutunului și-au găsit o piață largă de desfacere în țările în curs de dezvoltare, cu nivel de educație sanitară mai scăzut și cu „emancipare" mai ridicată.

În ansamblu, pe plan mondial, după ultimele date ale Organizației Mondiale a Sănătății (O.M.S.), numărul deceselor anuale datorate fumatului, respectiv bolilor grave date de fumat, se ridică la 2,5 milioane. Din acest „război mondial" invizibil cu fumatul, inamicul sănătății omenirii — pe drept numit „inamicul nr. 1" — nu pierde nimic, ba chiar cîștigă (prin susținătorii lui), în timp ce omenirea pierde în fiecare an cît nu pierde prin



nici o altă boală sau catastrofă socială. Este de necrezut că *homo sapiens* își aduce singur și nesilit de nimeni asemenea „beneficii"; și totuși cifrele o dovedesc cu luciditate.

În țările dezvoltate fumatul determină 85% din decesele prin cancer pulmonar, 75% din decesele prin bronșită cronică obstructivă, 25% din cele prin boli cardiovasculare. Bolile date de fumat sînt responsabile de 30% din decesele din Cuba, de 25% din cele din S.U.A., 15—20% din cele din Anglia ș.a.m.d. 400 000 de decese anuale din S.U.A., 140 000 din R.F.G., 100 000 din Anglia, 70 000 din Italia, 23 000 din Australia — sînt date de bolile care survin ca o consecință a fumatului. În țările în curs de dezvoltare aceleași boli se extind în pas cu extinderea fumatului.

La acestea se adaugă, în ultima vreme tot mai mult, bolile și decesele provocate de substanțele toxice din fumul de țigară la „fumătorii pasivi" sau „forțați", care nu sînt alții decît soțiile, copiii, rudele, prietenii, colegii etc. fumătorilor, obligați să respire în fumul acestora din urmă.

În perspectivă, dacă fumatul va continua să se dezvolte nestingherit — ceea ce se speră că nu se va întîmpla —, se întrevăd situații și mai pesimiste.

2. MIJLOACELE DE COMBATERE

În fața unui asemenea pericol, care s-a instalat și se întinde cu atîta perfidie în viața zilnică a oamenilor, este firesc ca întreaga omenire să intre în alertă. Acest lucru s-a și produs, întîi în lumea medicilor, care au sesizat cei dintîi pericolul, deja înainte de al doilea război mondial, apoi în lumea nemedicilor, capabili să înțeleagă un astfel de pericol care nu se manifestă imediat, ci numai după 10—15 ani de fumat. Au fost înființate asociații contra fumatului, s-au organizat congrese naționale și mondiale cu teme de combatere a acestui nefericit obicei, s-au propus nenumărate metode de abandonare a fu-

matului, individual sau în colectiv, s-au propus legiferări concrete de îngrădire a acestei practici nocive, s-au consumat tone de hîrtie pentru propaganda antifumat. Mai puțin s-a făcut pentru a îngrădi sau a suprima posibilitățile tineretului și ale copiilor de a se apuca de fumat.

Copiii care încep astăzi să fumeze — în mare proporție — de la 10—11 ani, sub ochii binevoitori ai părinților și ai dascălilor lor, tineretul care devine nicotinodependent înainte de vîrsta de 30 de ani, nici nu se vor stăpîni să se apuce de fumat atîta timp cît fumează toți cei pe care ei îi iau drept model — părinții, profesorii, prietenii mai mari, sportivii de frunte, actorii de teatru și de cinematograf etc., etc.

După ce au devenit dependenți, chiar dacă ajung să înțeleagă nocivitatea ridicată a fumatului, abandonarea acestuia devine foarte dificilă... **dar nu imposibilă.** Dovada o constituie faptul că în momentul în care se îmbolnăvesc sau sînt în iminență de a se îmbolnăvi, toți fumătorii găsesc suficiente resurse de voință pentru a se lăsa de fumat. Orice fumător cu rațiune normală ar trebui să se întrebe însă de ce să aștepte „pînă ajunge cuțitul la os" pentru a face un gest atît de *natural*, cum este abandonarea obiceiului total nenatural al fumatului. Diversele metode medicamentoase încercate contra fumatului nu dau decît rezultate slabe, cu abandonări de 1—2% și cu recidive în aproape toate cazurile.

Înțelegerea clară a pericolului și voința fermă de autoapărare, de conservare a sănătății, urmate de abandonarea bruscă a fumatului este metoda cea mai bună, soldată cu cele mai multe succese.

Pentru copiii și adolescenții tentați de fumat trebuie intensificate atît metodele de educație sanitară, cît și cele coercitive, considerînd că copiii nu sînt copți pentru a opta între bine și rău, mai ales cînd răul se prezintă sub cele mai atrăgătoare aparențe.

Pe plan social sau chiar individual contează foarte mult și presiunea sau — dacă doriți — opinia masei de nefumători, care sînt interesați atît de sănătatea lor proprie, cît și de aceea a fumătorilor cu care au multiple legături afective.

La recentul congres antifumat de la Tokio (1987) s-a vorbit de un „contra-atac" al nefumătorilor, care să țină piept extinderii fumatului, adică acțiunilor de propagandă pentru fumat pe care le fac — prin cele mai diversificate forme de prezentare a produselor și metode de reclamă și persuasiune — trusturile tutunului, să țină piept slăbiciunii copiilor, tinerilor, mai ales fetelor, și tuturor adulților care sînt amenințați să cadă pradă nefericitului obicei.

Directorul general O.M.S. a stimulat, în cuvîntul său la acest congres, ca întreaga omenire să treacă la un asemenea „contra-atac".

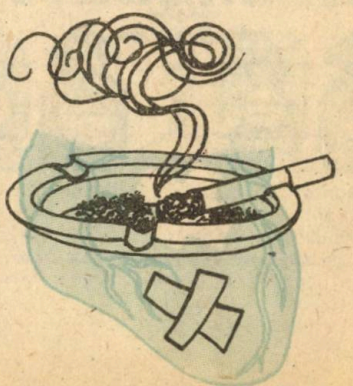
Lupta împotriva fumatului este polarizată și condusă științific de largi organizații cu caracter internațional sau mondial, cum sînt O.M.S., U.I.C.T.M.R. (Uniunea internațională contra tuberculozei și maladiilor respiratorii), U.I.C.C. (Uniunea internațională contra cancerului), organizațiile internaționale contra tabagismului ș.a.

Un rol important — chiar hotărîtor — îl pot avea și legiferările adecvate. Este, de exemplu, încă de mirare, cum împotriva difuzării și utilizării narcoticelor există interdicții foarte stricte, în timp ce țigările, care în ansamblu fac mai multe victime decît narcoticele, sînt la îndemîna oricui, inclusiv a copiilor.

Combaterea fumatului are largi implicații practice, sociale, economice, care fac ca elaborarea unui program sistematic de combatere să necesite forțe și restructurări care pînă în prezent nu sînt angajate. Lămurirea prealabilă a publicului rămîne însă o sarcină de bază, în primul rînd a medicilor, dar și a tuturor celor care răspund de educația și formarea oamenilor.

3. REZULTATE ȘI PERSPECTIVE

Ar fi desigur descurajant dacă nu am întrevedea nici o ieșire din impas, dacă nu am avea convingerea că într-un timp mai apropiat sau mai îndepărtat lichidarea pandemiei fumatului și eliminarea pericolului de sănătate sînt totuși posibile. Omenirea a mai avut probleme grave, pe care a reușit sau încearcă să le rezolve. Speranțe ne dau și rezultatele obținute în cîteva țări din lume, în special în țările nord-europene, în care, în urma propa-



gandei intense desfășurate și a concursului autorităților și populației, s-au înregistrat scăderi în prevalența fumătorilor, urmate și de scăderea incidenței bolilor dependente de fumat. În S.U.A. s-au lăsat de fumat, în ultimii ani, 40 de milioane de fumători. Proporția de fumători în rîndul medicilor s-a redus de la 50% la 12%.

Este adevărat că în multe țări foștii fumători sînt înlocuiți de noi fumători, dar tendințele generale de îngrădire a fumatului în numeroase țări dezvoltate sînt reale.

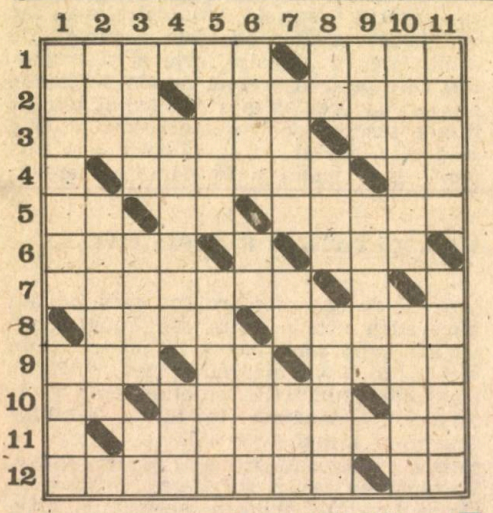
În țara noastră problematica fumatului este, în linii mari, similară celei din țările europene. S-au luat în repetate rînduri măsuri de restricție a fumatului. Se desfășoară o propagandă constantă prin mijloacele de masă de difuzare a informațiilor. Proporția medicilor fumători și a celor din alte categorii a început să scadă. Tineretul fumează în jur de 40%. Fetele sînt la fel de „emancipate", ca și în alte țări.

Recent, cu ocazia Zilei Mondiale a Sănătății, care coincide și cu ziua noastră națională a sănătății, s-au luat noi măsuri pe linia Ministerului Sănătății, respectîndu-se din partea fumătorilor conștienți și „ziua fără fumat" din 7 aprilie a.c. În orice caz, această zi a atras din nou atenția opiniei publice asupra pericolelor fumatului.

Rămîn, însă, ca și în alte țări, încă multe de făcut și de realizat. Un rol important în lămurirea populației le revine medicilor, îndeosebi celor pneumoftiziologi, care se întîlnesc cel mai frecvent cu victimele fumatului. Se impune însă și o organizare mai sistematică a combaterii acestui flagel.

Se întrevede că pînă după anul 2000 fiecare țară din lume va avea un program național complex de combatere a fumatului, care să ducă la limitarea treptată și, în final, la lichidarea completă a celei mai dăunătoare practici pe care și-a inventat-o omul pentru autodistrugerea sa.

Pînă atunci recomandăm copiilor, tinerilor, adulților, bărbaților și femeilor, mai ales acestora din urmă, să reflecteze cu toată maturitatea înainte de a se apuca de fumat, sau înainte de a mai continua să fumeze, și între fumat și sănătate să aleagă, cu convingere, sănătatea.



FARMACEUTICĂ

Orizontal : *1. Orașul asiatic în care a luat ființă pentru prima dată în lume, în anul 754, o „farmacie spitalicească" – Farmacistul din piesa „Omul care a văzut moartea", de Victor Eftimiu. 2. „Farmacia...", schiță de Vardghes Petrosian, unul dintre cei mai cunoscuți prozatori contemporani de limbă armeană – Orașul italian în care s-a înființat prima farmacie publică din Europa, în anul 1140, urmată apoi de cele din Paris (1180), Köln (1248), Basel (1250) etc. 3. Preparat farmaceutic în formă de disc mic – Ori. 4. Prozatoare română, autoarea povestirii „Vineri, cînd vine Frusina" (vol. „Somnul după naștere"), în care văduva în etate a unui farmacist primește o singură vizită, o dată pe săptămînă : a femeii, în vîrstă și ea, care-i face curățenie (Adriana) – Nicolae Manolescu. 5. Ion Pătrașcu – Tudor Arghezi – Fiica farmacistului Arghir, din povestirea „Răceala", de Anișoara Odeanu. 6. Riu în Italia – Strigăt cu care se mînă boii spre dreapta. 7. „Farmacii...", cel de-al doilea volum de versuri din creația lui Liviu Pendefunda. 8. Orășel în Olanda – Lipsite de transparență. 9. Partea lichidă a sîngelui – Barbu Stoian – Înghițit un medicament. 10. Puțină alifie ! – Conține lichide sau pulberi sterile injectabile. – În duet ! 11. Personal de specialitate la tema noastră (sing.). 12. Filozof și medic tadjic-persan (c. 980–1037), autorul celebrei lucrări „Canonul medicinii", în a cărui carte a II-a se vorbește pentru prima dată despre folosirea plantelor medicinale în anumite afecțiuni – Dinsa.*

Vertical : *1. „Cum s-a făcut de-a rămas Catinca fată...", piesă de Nelu Ionescu, a cărei eroină titulară, la început asistentă farmacistă, studiază și devine farmacistă – Medic, farmacolog și chimist italian (1576–1673),*

considerat ctitor al farmacologiei moderne (Angela). 2. Fata din Banat ! – Succesorul lui Chardon din romanul „Iluzii pierdute", de Balzac, la farmacia din Angoulême. 3. Orientalist englez (1857–1901) – Nutreț pentru porci – A exista. 4. Slove – Indeplinesc. 5. Viitoarea farmacistă din nuvela „La examen", de Mihai Stoian (Corbeni) – Imaculare. 6. Orășel în Zimbabwe – 2–3 pilule ! – Se recomandă să fie... ușor. 7. Biochimist danez (n. 1918) – Emil Oprea – Cimp semănat. 8. Liviu Popescu – Leac ! – Disc. 9. Asteroidul nr. 221 – Localitate în județul Timiș. 10. Țara europeană care a deținut în secolul al XVII-lea prioritatea în științele farmaceutice, avînd cel mai puternic centru de învățămînt și cercetare la Facultatea de Medicină din Leyda – Canciocuri. 11. Semn de notație muzicală fără portativ, folosit în evul mediu – Prescripție a medicamentelor necesare unui bolnav, care se prezintă la farmacie.

Dicționar : *NOSE, TIEL, GIBB, DETT, AAES EOS, NERĂU*

ADAM STOICA

La aer curat

Amicul meu Fane,
Ieri, pe înserat,
A plecat la munte :
La aer curat.

Însă n-a uitat
Să-și ia la drum,
Pe lîngă coniac,
Foarte mult tutun.

Sfătuitorul

Un țap încornorat, pe la amiezi,
Le povestea citorva iezi
Că nu-i otravă mai amară
Ca nicotina de țigară.
Și le dădea sfatul cel bun :
Să se ferească de tutun.
Țigara... e doar boală și risipă,
Încheie țanțoș, pufăind din pipă.

MORALA : E greu să fii crezut de iezi,
Cînd una zici și-alta fumezi.

NICULAE TACHE

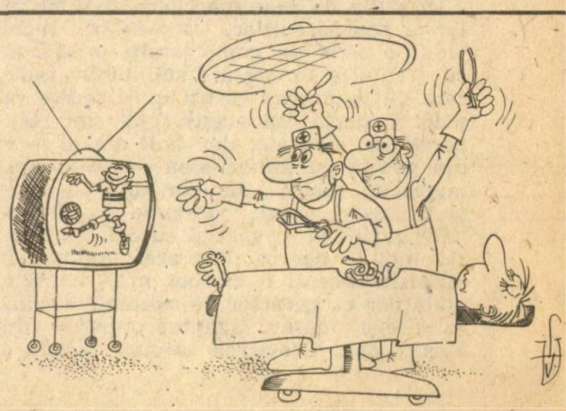
Consultație absurdă

La cabinetul medical
A venit dinsa special,
Să-și spună păsul pe care-l are,
Că, deși în fond nimic n-o doare,
Totuși, cînd noaptea e-n temei,
Aude voci în jurul ei ;
Voci care fac atita larmă,
Că nici nu poate să mai doarmă...
Cu tactică și fără grabă,
Atuncea medicul o-ntreabă :
— Dar vocile astea, tembele,
Oare, ce naiba vă spun ele ?
— Păi, asta e — dînsa răspunde, —
Ce spun, să aflu, n-am de unde,
Pentru că-n timp ce ele zburdă,
Sînt singură și eu sînt... surdă.

ION VULPESCU

— Te rog eu, fă-te repede bine și vino acasă ! Nu mă pot obișnui deloc cu spălatul vaselor.

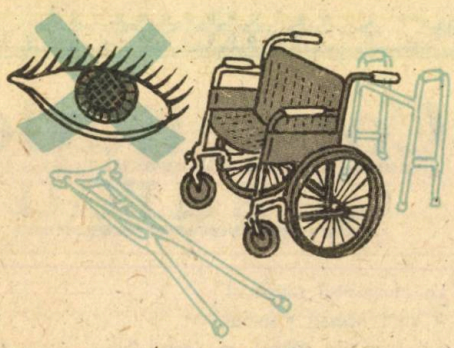
Desene de Viorel Sandu



Fără cuvinte

Aspecte psihologice la copiii handicapați

Dr. TUDOR MURGESCU
medic primar,
Spitalul de copii „Caraiman"



Evoluția medicinii, a terapeuticii, a posibilităților de vindecare au dus, în mod inevitabil, la schimbarea aspectului, a evoluției și a prognosticului în numeroase afecțiuni.

Boli care înainte cu cîteva decenii duceau inexorabil la un sfîrșit apropiat și-au modificat evoluția și, prin progresele acumulate, au devenit boli ce trenează o perioadă îndelungată sau chiar toată viața.

La copii, îndeosebi, s-au conturat o serie de afecțiuni care, beneficiind de progresele științei, pun însă mult mai multe probleme ca înainte, atît părinților, cît și societății în care evoluează.

Să luăm cîteva exemple din aceste categorii, pentru a vedea diversitatea aspectelor și mai ales dimensiunile la care se ridică aceste categorii de dependenți ai societății, deveniți astăzi *handicapați* sau *semihandicapați*.

În sălile de reanimare ale maternităților, a nou-născuților, sînt astăzi redați vieții o serie de copii (mulți prematuri, cu greutatea la naștere sub 1 000 grame) care altădată erau sortiți unor decese rapide. O parte din acești copii sînt recuperați în totalitate, dar unii din ei — și din păcate nu minoritatea — au scăpat impasului, șocului, dar vor plăti un tribut greu acestei șanse, rămînînd cu diverse handicapuri și în special cu deficiențe ale sistemului nervos. Din acest motiv, în ultimele decenii a crescut mult numărul unităților cu caracter de asistență socială, în care-și găsesc adăpost o parte din acești copii. Creșterea sarcinii sociale, a împovărării societății cu necesitatea îngrijirii, a recuperării și a readaptării acestor copii a dus la discuții cu aspect controversat, unele voci din străinătate punînd chiar la îndoială eficacitatea, economicitatea, rentabilitatea sau necesitatea unor asemenea eforturi medicale.

Unele boli de sînge, care aveau un caracter malign și a căror durată de viață nu depășea 1—2 luni, sau altele, cu o durată de cîțiva ani, au reușit să fie recuperate total sau parțial, avînd o durată de supraviețuire ce se numără în decenii.

Multe din malformațiile congenitale sînt astăzi total recuperate, dar altele din ele rămîn pentru mult timp în sarcina societății sau a părinților.

Din aceste motive, o serie de noțiuni, care în urmă cu 20—30 de ani aveau o circulație limitată, sînt astăzi pe buzele tuturor, corpul medical fiind pus în fața unor sarcini cu conținut nou ; el trebuie să își revizuiască concepțiile și să se reprofileze în problemele de recuperare, de readaptare și în special în aspectele psihologice, cu totul noi, pe care le prezintă acești copii handicapați sau semihandi-

capați. Și fiecare grupă de afecțiuni de lungă durată sau, cum le place unor terapeuți să le numească, „de cursă lungă", pun probleme proprii, în strînsă dependență cu posibilitățile unei bune asistențe medicale și sociale.

Indiferent de locul unde sînt îngrijiți sau ocrotiți acești copii, în unități de asistență socială sau la domiciliu, ei ridică probleme mari în legătură cu supravegherea lor, cu aspectele economice, psihologice, morale, pe care le implică această categorie de bolnavi.

În orice tratament de durată există o serie de stresuri ce survin periodic și sînt independente de voința și posibilitățile noastre de influențare.

Incertitudinile în ceea ce privește evoluția ulterioară a bolii, necesitatea unei cît mai bune ocrotiri a acestor copii dependenți, de care se leagă, inevitabil, și probleme economice deosebit de spinoase, duc la drame familiale, care sfîrșesc prin dezorganizarea familiei ; în fața acestor probleme, de multe ori copilul devine conștient și este un martor mut, dar devine și mai traumatizat.

Organizarea de azi a societății, puternicele sentimente familiale, tradițiile intervin cu o pondere diferită în a stabili locul și modul în care copilul handicapat își va duce povara bolii. Incapacitatea societății în a asigura locuri suficiente în unități de ocrotire socială este, pe de o parte, firească, deoarece această ocrotire implică cheltuieli enorme, care sînt puse la dispoziția grupelor de mari deficienți. Sînt astăzi la noi unități speciale pentru copii cu deficiențe motorii, psihice, de auz ori de văz etc. Dar aceste unități, care au eficiență bună, în general, sînt în funcție nu numai de mărimea handicapului, ci și de capacitatea de înțelegere, de răbdare, de umanismul și de profesionalismul celor hărăziți cu procesul de reeducare și recuperare. Viața în comun, vederea unor cazuri cu deficiențe asemănătoare cu acelea pe care le prezintă copilul este de cele mai multe ori încurajatoare și numai rareori descurajatoare pentru copil. Se naște un sentiment involuntar de simpatie și de solidaritate extraordinară, ceea ce nu mai permite nașterea unor complexe de inferioritate, așa cum se întîmplă în contactul cu alți copii sănătoși.

La pol opus se situează handicapatul care rămîne în sarcina familiei și care este, în majoritatea cazurilor, singurul dependent într-o familie de oameni sănătoși.

Conștientizarea deficienței poate duce adesea la nașterea unui complex de inferioritate, adeseori și a unui complex de vinovăție, copilul incriminîndu-se singur de tara pe care o are și de greutățile pe care le generează familiei.

Am urmărit un copil cu deficit motor, care era dus într-un cărucior în parc, să ia aer și eventual să se joace cu ceilalți copii. Ei bine, el a fost atras și s-a împrietenit efectiv numai cu un singur copil, care și el avea o sechelă de poliomielită și era un handicapat. Alături de colegul de suferință, copilul handicapat a devenit vesel, volubil, prietenos, deschis, îi făcea confidențe și simțea nevoia să stea de vorbă cu el.

Un alt exemplu, de astă dată asupra posibilităților de recuperare în cazurile în care afecțiunea maternă se intrică cu un profesionalism elevat.

Un copil mare handicapat, care nu vorbea, nu rîdea, nu mînca, nu părea atent și nu înțelegea nimic din ceea ce se întîmpla în jurul său. Mama, disperată, alerga din doctor în doctor, dar medicii care au văzut copilul nu au dat părinților nici o speranță, socotindu-l iremediabil, irecuperabil. Mama a început să citească despre deficiențele psihice, să caute prietenia și mai ales să discute cu medici, cu psihologi, cu pedagogi, tot ce era în legătură cu boala copilului ei. A început să-l îngrijească pe copil cu mai multă dragoste, cu devotament, cum numai o mamă poate să-l dăruiască copilului, să-l hrănească numai cu lichide, fiindcă copilul nu mesteca, să-l dorloteze și, mai ales, să-i vorbească și să-i cînte aproape în permanență. Nu mică a fost mirarea vecinilor — și mai cu seamă nu mică a fost mutenia medicilor neuropsihiatri — cînd au văzut, în timp de 2 ani, progrese considerate ca imposibil de realizat. Menționez că performanțele psihice ale copilului s-au îmbunătățit în asemenea măsură, încît la vîrsta de 8 ani acesta putea să mestece, să mănînce singur, să vorbească, să numere și să ceară să i se citească. Apatia, indiferența, figura inexpresivă dispăruseră aproape și copilul începuse să devină sociabil, vesel, să se joace și să caute tovărășia altor copii de vîrsta lui.

Am dat două exemple asupra preferințelor psihologice ale acestor copii și asupra posibilităților de recuperare pe care uneori le subestimăm.

Fireste că excepțiile nu devin regulă, dar excepțiile se pot înmulți, cînd există posibilități extraordinare pe care le au unele cazuri în care chiar și medicii documentați și experimentați contestau orice potențial recuperator. Acest proces trebuie condus cu dragoste pentru copil, cu îngăduință, dar și cu competență, pentru a stimula încrederea copilului, ambiția să reușească prin forțele proprii, pentru a obține rezultate pe care alții i le refuzau.

Fără îndoială că aceste procese recuperatoare, care sînt deosebit de lungi, sînt adeseori întretăiate de stări depresionale ce

cuprind, alternativ, fie pe părinte sau medic, fie pe handicapatul însuşi.

Rămîne ca în aceste momente critice medicul, psihologul sau educatorul să intervină cu calm, competenţă şi optimism, pentru a crea premisele depăşirii momentelor grele sau de criză, cealaltă alternativă fiind reprezentată de dramele întîlnite în aceste cazuri şi care sînt capabile să anihileze progresele obţinute de luni de zile de muncă. Capacitatea educatorilor sau a familiei în instituirea unui mod de viaţă cît mai apropiat de cel al vieţii normale facilitează adoptarea unui regim care să evite, în măsura posibilului, stresurile, cu consecinţele lor atît de dezastruoase.

Într-un studiu psihologic asupra unor copii grav bolnavi, care au refuzat tratamentul, după o perioadă de 2 ani de evoluţie bună, s-au descoperit unii factori de personalitate care au contribuit la acest refuz, şi anume nivelul intelectual mai redus, anxietatea imediată, nivelurile mai ridicate de anxietate caracterologice. Oricare ar fi cauzele aparente ale eşuării proceselor de vindecare sau recuperare, ele sînt legate şi de suferinţele îndelungate ale copilului, de complexele pe care singur şi le-a făurit şi însuşit. Există o serie de boli maligne hematologice care par astăzi mai frecvente ca în trecut.

Dintre acestea, **leucemia limfoblastică acută** este cu mult cea mai frecventă. Acum 20—30 de ani rata duratei de supravieţuire nu depăşea 1—2 luni ; astăzi se înmulţesc cazurile cu depăşiri de 10—15 ani, iar mulţi hemotologi le consideră vindecate.

Un mic studiu făcut la noi în ţară privind aceşti copii cu leucemie a dus la concluzii pe care ne permitem să vi le expunem. Au fost investigaţi aproape 50 de copii bolnavi de leucemie şi un lot de 30 de copii sănătoşi. Copiii bolnavi urmează un tratament prelungit, cu perioade de externare, alternate cu perioade de internare în spital. Durata unui astfel de tratament este în medie de 3—5 ani. Aceşti copii au fost urmăriţi timp de 1 1/2 an. Ce s-a constatat ?

La testele de inteligenţă nu s-au obţinut diferenţe semnificative între cele două eşantioane studiate. La probele de tendinţe psihopatologice şi alte probe proiective s-au obţinut scoruri mai ridicate la copiii bolnavi, comparaţi cu cei sănătoşi. La parametrul de tendinţe obsesive s-a înregistrat o medie de 75,07 la copiii bolnavi, comparativ cu 22 la lotul copiilor sănătoşi. De asemenea, la tendinţe schizoide, la tendinţe depresive, la instabilitate, la tendinţe de introversie şi egocentrism diferenţele erau semnificative.

La copiii bolnavi s-a evidenţiat o conştientizare a bolii, blocaje psihice, refuzul de a răspunde la întrebări legate de boala lor ; atunci cînd sînt chestionaţi, vorbesc altceva sau dau răspunsuri fără nici o legătură cu întrebarea.

De asemenea, am întîlnit frecvent fenomene de negare a realităţii la peste 51% din copiii bolnavi („eu mă voi face bine“, „mie nu mi se poate întîmpla nimic rău“, „boala mea este mai uşoară decît a colegilor“). În sfîrşit, ceea ce caracterizează pe aceşti copii, ca şi pe alţi bolnavi de alte afecţiuni de lungă durată, este scorul ridicat la indicatorul dependenţă, nevoie de ocrotire şi de suport afectiv.

Fără îndoială că un studiu asemănător făcut pe diverse grupe de afecţiuni de lungă durată ar arăta multe rezultate comune cu cele expuse, dar şi diferenţe semnificative. În orice caz, în timp, în funcţie de vîrstă, de maturizarea copilului, de evoluţia bolii, există o permanentă mutaţie a profilului psihologic al copilului bolnav sau dependent.

Am prezentat aceste cîteva aspecte de psihologie şi de recuperare a copiilor handicapaţi, pentru a atrage atenţia asupra importanţei acestor probleme, asupra dependenţei crescute faţă de societate şi familie, pe care o au aceşti copii, şi asupra necesităţii unui suport afectiv pe care societatea şi familia îl neglijează prea adeseori.

CEFALEEA

Prin **cefalee** se înțelege orice durere de cap, acest termen medical avîndu-și originea în cuvîntul grecesc **„kephalê"**, care înseamnă **cap,** și nu în cuvîntul românesc **ceafă,** așa cum cred, în mod greșit, unele persoane. Corect este să se vorbească despre „dureri de cap" și nu despre „durerea de cap", întrucît nu toate sînt la fel, atît cauzele cît și mecanismele care le provoacă fiind foarte numeroase. De asemenea, trebuie făcută deosebirea între cefalee și durerile feței, ultimele alcătuind o categorie aparte.

Atît de răspîndite, încît în popor se spune despre o persoană care de-a lungul vieții s-a bucurat de o sănătate deplină că „a fost așa de sănătos că nici măcar capul nu l-a durut vreodată", după cum se va vedea, fiecare mai are totuși multe de învățat despre acest soi de dureri.

Înainte de a vorbi despre cefalee este bine să ne reamintim cîteva fenomene comune oricărei dureri.

1. **Oriunde ar fi localizată, durerea nu reprezintă o boală, ci un simptom,** un semnal de alarmă menit să vestească sau instalarea unei îmbolnăviri, sau o tulburare a normalei funcționări a unui organ, aparat ori sistem, sau a întregului organism.

2. **Locul unde apare durerea nu corespunde întotdeauna cu sediul procesului patologic sau al tulburării funcționale.** Se știe, spre exemplu, că în criza de angină pectorală pot apărea dureri în brațul stîng, uneori chiar în abdomen.

3. **Aceeași durere nu este nici simțită și nici trăită la fel de toată lumea.** Deosebirile ce există de la o persoană la alta se explică prin sensibilitatea diferită la durere, care se datorește, printre altele, numărului și particularităților receptorilor dureri existenți în țesuturi. Pe de altă parte, trăirea durerii, felul în care o persoană reacționează la apariția ei depinde de tipul de reactivitate afectiv-emoțională a persoanei, de nivelul de cultură, de convingerile ei în această direcție, de caracterul mediului familial, social și profesional în care trăiește și își desfășoară activitatea, de experiența sa în ceea ce privește suferința și durerile fizice anterioare.

4. **Descrierea pe care o face cineva durerii simțită de el nu redă cu exactitate nici intensitatea și nici înfățișarea durerii,** știut fiind cît este de greu să exprimăm în cuvinte ceea ce simțim, fie că este vorba de sentimente sau de senzații.

De multe ori scăpate din vedere, cu sau fără voie, fenomenele înfățișate prilejuiesc desprinderea unor învățăminte folositoare pentru cel cu dureri de cap. Astfel, dacă durerea nu este decît un simptom, care poate apărea datorită celor mai diverse îmbolnăviri, înseamnă că surprimarea ei cu ajutorul calmantelor nu este în mod obligatoriu însoțită și de vindecarea bolii care i-a dat naștere. Cu alte cuvinte, durerile dispar, dar afecțiunea continuă să evolueze nestingherită. Or, ținta oricărui tratament este vindecarea bolii, care atrage după sine și eliminarea tuturor simptomelor. În sfîrșit, pentru a alege tratamentul potrivit, trebuie stabilit întîi diagnosticul afecțiunii, diagnostic pe care numai medicul este în măsură să-l precizeze. Este ușor de înțeles la ce riscuri se expun cei care încearcă să-și pună singuri diagnosticul propriei suferințe, comparînd simptomele lor cu cele ale altui bolnav, de vreme ce fiecare simte, trăiește și descrie tulburările sale în felul lui. Asemănările sînt înșelătoare, iar cauza aceleiași dureri nu este totdeauna aceeași, chiar dacă mecanismul care o face să apară este același. Și, apoi, vorbind despre cefalee, pentru a-i înțelege semnificația, trebuie luată în considerare o seamă de caractere, durerile de cap deosebindu-se între ele prin :

— felul în care se instalează : cu încetul, dintr-o dată etc. ;

— împrejurările în care apar sau se accentuează : la ridicarea din pat, la aplecare, la mișcări bruște ale capului, la efort fizic sau mintal, la supărare, pe nemîncate, după expunere la soare etc. ;

— cît durează și cum evoluează : sînt trecătoare sau durabile, apar sub formă de crize puternice, repetate, sau sînt continue ;

— momentul zilei, al săptămînii, al lunii sau al anului în care apar : dimineața, în a doua jumătate a zilei, noaptea, numai duminica sau luna, în anotimpul cald sau în cel rece, la femei în perioada menstruației etc. ;

— intensitatea durerilor : surdă sau violentă, slabă la început și înteținduse după aceea etc. ;

— felul durerii : ca o arsură, ca o apăsare, ca o strînsoare, cu zvîcnituri etc. ;

— zona pe care o cuprinde : la frunte, în creștet, la tîmple, la ceafă, de o singură parte a capului sau cuprinde tot capul etc. ;

— dacă apariția durerilor este precedată, însoțită sau urmată de alte simptome : încețoșare a vederii, amețeli, vărsături, febră, paralizii etc.

Toate deosebirile semnalate se datoresc faptului că mecanismele care dau naștere cefaleelor sînt mai multe. Dar, înainte de a le descrie pe cele principale, trebuie precizate două lucruri importante, și anume, că fiecare astfel de mecanism poate fi declanșat de boli diferite și numeroase și că, dintre formațiunile intracraniene, creierul nu doare, numai meningele și vasele de sînge sînt înzestrate cu sensibilitate la stimulii dureroși, iar dintre formațiunile extracraniene, pielea, mușchii și vasele de sînge sînt dotate cu sensibilitate la durere. Și, acum, iată mecanismele :

— **distensia, dilatarea** sau **constricția arterelor** face ca în jurul lor să se acumuleze substanțe numite neuro-vazo-active (neuro- și bradikinina, acetilcolina și substanța „P"), care provoacă dilatarea arterei, edem, creșterea sensibilității la durere și alte fenomene locale, rezultatul fiind apariția cefaleei „vasculară", avînd ca prototip **migrena ;**

— **tracțiunea** și/sau **deplasarea arterelor, venelor** sau **sinusurilor venoase intracraniene,** care pot fi provocate de tumori cerebrale, abcese, hemoragii sau cheaguri de sînge sau de alte formațiuni patologice care reduc volumul spațiului intracranian ;

— **inflamația formațiilor intracraniene sensibile la durere sau a țesuturilor din jurul lor,** care se însoțesc de vasodilatație, edem și modificări ale țesuturilor afectate ; exemplu : **meningite, encefalite** etc. ;

— **compresiunea directă asupra porțiunilor intracraniene ale nervilor cranieni** sau **asupra rădăcinilor primilor două perechi de nervi rahidieni.**

Cum este de așteptat, caracterele cefaleei depind de mecanismul care o provoacă, dar afecțiunile care pun în mișcare fiecare mecanism nu se limitează la cele locale, intracraniene, ci și la altele situate la distanță, boli ale ficatului spre exemplu, sau îmbolnăviri ale întregului organism, de natură infecțioasă, alergică, toxică, metabolică etc., chiar și la unele stări psihice deosebite.

Pentru a oferi o imagine generală a numărului neînchipuit de mare al afecțiunilor însoțite de dureri de cap, redăm, în continuare, clasificarea acestora, întocmită de Clinica de neurochirurgie din București :

— factori familiali care determină o predispoziție înnăscută pentru dilatarea și distensia vaselor de sînge intracraniene ;

— hipertensiunea arterială ;

— malformații (defecte) ale vaselor cerebrale : angioame, anevrisme și altele, care întîi se destind, apoi se rup, provocînd hemoragii, în ambele situații declanșînd mecanisme de producere a durerilor de cap ;

— procese degenerative sau inflamatorii cerebro-vasculare, cum sînt arteritele, tromboflebitele, encefalitele, ateroscleroza etc., care destind vasele de sînge și fac să apară edem ;

— procese expansive intracraniene : tumori, abcese, hematoame etc., care deplasează sau tracționează formațiunile intracraniene sensibile la durere ;

— unele contracții ale musculaturii capului, afecțiuni ale feței, factori de natură psihică, care determină constricția arterelor intra- sau extracraniene ;

— blocarea circulației lichidului cefalorahidian sau pierderile de lichid fac și ele să apară tracțiuni sau distensii ale unor formații intracraniene ;

— febra și scăderea oxigenului din sînge declanșează vasodilatație și edem cerebral ;

— unele metode de investigație — arteriografia, spre exemplu — pot provoca trecător spasme, dilatări sau tracțiuni dureroase ale arterelor cerebrale.

În ceea ce privește durerile feței, acestea pot să se însoțească și de dureri de cap, așa cum se întîmplă în bolile infecțioase, alergice, traumatice sau de altă natură, ale nasului și sinusurilor feței, ale orbitei sau ale globului ocular, ale urechii, ale cavității bucale, dinților și ale faringelui, ale articulației mandibulei sau ale coloanei vertebrale cervicale su-

perioare, ale țesuturilor moi ale feței etc. Alteori, afecțiuni ale unor formațiuni ale feței nu produc dureri locale, în schimb se însoțesc de cefalee, ca în cazul guturaiului.

Parcurgînd lista celor mai importante categorii de îmbolnăviri care pot da naștere la cefalee, este greu de crezut că vreo persoană să mai fie tentată să încerce să-și pună singură diagnosticul propriilor dureri sau ale altcuiva. Dar, din păcate, astfel de deprinderi se mai întîlnesc și astăzi la oameni gata să împartă sfaturi medicale, în dreapta și în stînga, la cunoscuți sau străini, pe stradă sau în societate, fără să aibă altă pregătire decît cel mult propria lor experiență. Astfel de indivizi vor exista, însă, numai atîta vreme cît vor mai fi unii care să se încumete să le urmeze sfaturile. Aceasta nu înseamnă că informarea tuturor asupra problemelor de sănătate și de boală este de prisos ! Dimpotrivă, cunoscînd cauzele și semnele bolilor, fiecare poate contribui la prevenirea îmbolnăvirii lui și a celor din jur, știind și ce are de făcut atunci cînd boala s-a instalat. Și asta, pentru că de multe ori, așa cum spune zicala „ce-și face omul cu mîna lui nimeni nu poate desface", felul de viață este deseori cauza unor îmbolnăviri. Acest lucru este adevărat și în cazul cefaleelor. Tocmai de aceea vom înfățișa, în continuare, două forme ale durerilor de cap care sînt mai des întîlnite și mijloacele de a le preveni sau de a le calma, pînă la consultarea medicului.

Cefaleea de tip vascular. Uneori se instalează brusc, ca din senin, alteori este precedată de o stare de neliniște sau de niște imagini strălucitoare, ca niște fulgere. Poate apărea și mai cu încetul, suportabilă la început, întețindu-se și menținîndu-se puternică timp îndelungat sau crescînd în intensitate, pînă ajunge de nesuportat.

Acest tip de cefalee se poate limita numai la o zonă a capului, cuprinzînd tîmpla sau orbita de o parte, ori jumătatea capului, dar poate să intereseze tot capul, concentrîndu-se fie spre frunte, fie spre ceafă.

Bolnavul descrie aceste dureri ca pe o senzație de presiune intracraniană, iar cînd atinge maximul i se pare că îi va „crăpa" capul. Altă trăsătură caracteristică cefaleei vasculare este caracterul ei pulsatil, cu zvîcnituri, comparate de cel suferind cu lovituri de ciocan în creier.

Atunci cînd durerile sînt deosebit de mari, pot apărea și simptome însoțitoare, ca amețeli, greață, vărsături, tulburări ale vederii — vedere încețoșată, vedere dublă, strîmtarea cîmpului vizual etc. —, paloare a feței, transpirații, căderea unei pleoape, pierderea puterii într-un membru superior sau inferior, fenomene de cele mai multe ori trecătoare, dar care pot să se și agraveze. Alteori, durerea de cap crește rapid în intensitate, pînă ce bolnavul își pierde cunoștința. De asemenea, de multe ori, odată cu întețirea durerii apare o sensibilitate deosebită la zgomot, la lumină puternică, la mișcări bruște ale capului, la zguduiri ale corpului, bolnavul întinzîndu-se în pat, nemișcat, cu capul îngropat în pernă, evitînd să și vorbească.

Prototipul de cefalee vasculară este **migrena,** caracterizată de crize dureroase, localizate de o singură parte a capului, cuprinzînd numai orbita sau jumătatea feței. Criza este uneori anunțată de imagini scînteietoare sau de o stare de proastă dispoziție, durează de la cîteva ore la 2—3 zile și încetează brusc, așa cum a venit. Crizele se repetă la intervale neregulate, fără motive aparente sau provocate de emoții puternice, la femei repetîndu-se mai des în jurul perioadelor menstruale. Durerea este violentă, pulsatilă și se însoțește de amețeli, greață, vărsături, tulburări de vedere, paloarea feței și, mai rar, de paralizia pleoapei de partea dureroasă, a mîinii sau a piciorului, care dispar după un timp de la trecerea crizei dureroase. În timpul crizei bolnavul este atît de sensibil la orice stimuli, încît simpla lovire a patului pe care stă îi înrăutățește durerile.

Migrena este o suferință mai des întîlnită la femei, uneori avînd un caracter ereditar.

Există, însă, și crize asemănătoare, dar nu identice, cu cele de migrenă, care pot apărea la persoanele suferind de o boală hipertensivă atunci cînd tensiunea arterială atinge valori foarte ridicate, dar și la bolnavi cu diferite boli vasculare cerebrale, la cei cu afecțiuni ale vezicii biliare etc.

Cefaleea vasculară poate îmbrăca și alte forme ca, spre exemplu, continuă, de durată, cu fluctuații ale intensității în diferite momente ale zilei sau ale nopții, neînsoțită de simptomele semnalate în cazul migrenei, numai uneori fiind prezente amețeli și tulburări mai atenuate ale vederii. Printre afecțiunile care pot da naștere unor astfel de dureri se înscriu stările febrile, boli infecțioase, alergice sau vasculare, traumatisme craniene, boli oculare, diferite suferințe ale formațiunilor intracraniene, ale coloanei vertebrale cervicale etc.

Există, însă, și o cefalee vasculară mai ușoară, trecătoare, dar repetîndu-se în împrejurări asemănătoare, care apare din cauza nemîncării la vreme, a fumatului excesiv, a abuzului de băuturi alcoolice sau excitante — cafea, ceai chinezesc, cacao etc. — sau de medicamente folosite timp îndelungat, fără recomandarea medicului, cum este cazul fenacetinei conținută în unele tablete antinevralgice.

Este de la sine înțeles că în oricare dintre formele cefaleei vasculare este obligatorie consultarea medicului. Dar atunci cînd durerile apar brusc, se întețesc și ajung repede de nesuportat sau se însoțesc de paralizii, de vărsături, tulburări mari de vedere, rărirea pulsului sau de pierderea cunoștinței, se va apela de urgență la Serviciul de salvare.

Chiar și în cazul în care după o criză de scurtă durată, atît durerea, cît și eventualele semne însoțitoare dispar, cu sau fără ajutorul medicamentelor, fără să se mai repete curînd, este neapărat necesar un control al stării de sănătate, putînd fi vorba de un prim semn al instalării unei boli încă ascunse.

Fără îndoială că apariția unor astfel de dureri de cap trebuie să dea de gîndit, în primul rînd, la eventuale încălcări ale regulilor de igienă comise în perioada din ajunul instalării cefaleei și, firesc, să se treacă la imediata normalizare a stilului de viață, la renunțarea sau, cel puțin, la reducerea numărului de țigări fumate, la eliminarea abuzurilor de băuturi alcoolice, de cafea etc. Chiar dacă nu acestea sînt adevăratele cauze ale durerilor de cap, eliminarea factorilor de risc amintiți nu poate fi decît binevenită.

Cînd este vorba de o criză de cefalee vasculară sau de dureri foarte mari și de simptome însoțitoare ca acelea descrise mai sus, prima măsură pînă la venirea medicului este repausul la pat, într-o cameră liniștită, bine aerisită, iar lîngă bolnav rămîne o singură persoană, care să-l supravegheze și să-i poată fi de ajutor. Pentru calmarea durerilor, dacă ele apar pentru prima dată și dacă bolnavul nu se știe suferind de vreo afecțiune cronică sau de o intoleranță la medicamentele calmante ale durerii — spre exemplu, alergia la Piramidon și la substanțe înrudite — i se poate administra 1—2 tablete de acid acetilsalicilic (Aspirină), Piramidon, Algocalmin, eventual asociate cu o tabletă de Lizadon, Bergonal sau Distonocalm. Dacă din cauza vărsăturilor bolnavul nu poate înghiți tabletele, se folosesc supozitoare cu Algocalmin sau cu Lizadon. Este bine de știut că

unele medicamente împotriva durerilor sînt iritante pentru stomac și provoacă arsuri, motiv pentru care tabletele se rup în bucățele și se înghit cu lichid suficient — lapte, apă, ceaiuri etc.

Persoanele care suferă de migrenă, diagnosticată de medic, pot folosi 1—2 comprimate de Cofedol, luate cît mai aproape de începutul crizei, sau alte medicamente recomandate de medicul în al cărui tratament se află.

Cefaleea de tip muscular se întîlnește poate chiar mai des decît cea vasculară, apărînd în stări psihice deosebite, la cei suferinzi de afecțiuni nevrotice, dar și în alte multe boli. Rareori se instalează brusc și nu îmbracă decît foarte rar aspectul de criză cu dureri violente. Ea apare pe nesimțite, se menține vreme mai îndelungată și, deși nu atinge intensitatea cefaleei vasculare, este foarte supărătoare, pentru că se însoțește frecvent de o senzație de oboseală accentuată, de scăderea puterii de concentrare și a randamentului activității, de o proastă dispoziție, de neliniște, uneori și de ameteli, insomnie etc. În mod obișnuit durerile cuprind tot capul, putîndu-se concentra la ceafă sau la frunte. Durerea este descrisă ca o arsură, o strînsoare, o apăsare sau o greutate și pierde din intensitate prin masajul mușchilor cefei sau ai frunții, dispare de obicei în timpul somnului și trece neobservată în timpul unei discuții sau al unei activități plăcute sau distractive.

Această formă de cefalee poate apărea și la persoane sănătoase, supuse unui efort mintal intens, în perioade de mare încordare emoțională, după evenimente neplăcute, în stările de surmenaj. Elevii și studenții, mai ales, se plîng adesea, în preajma sesiunilor de examene, de cefalee musculară la ceafă, dublată de senzația de înțepenire a mușchilor cefei și însoțită de dificultăți la învățătură și de alte semne de surmenaj. În schimb, în timpul unui efort mintal intens sau în așteptarea unui eveniment neplăcut durerea este mai des localizată la frunte, observîndu-se, cu ușurință, fruntea puternic încrețită.

De multe ori simpla normalizare a activității — evitarea muncii în asalt etc. — și a stilului de viață — respectarea orelor de

masă și de somn etc. — conduce la dispariția acestor dureri.

Există, însă, și boli psihice însoțite de cefalee musculară, cum este nevroza, spre exemplu, dar durerile sînt mai persistente și întovărășite de numeroase alte simptome psihice și somatice caracteristice acestei afecțiuni. Și la acești bolnavi măsurile de normalizare a modului de viață și de activitate se situează pe prim-plan, dar ele trebuie completate cu alte mijloace de tratament indicate de medicul specialist.

O altă cauză a cefaleei musculare o reprezintă suferințe ale coloanei vertebrale cervicale, unele putînd fi provocate de păstrarea, timp îndelungat, a unor poziții vicioase ale capului sau ale corpului la masa de lucru ori la locul de muncă, altele sînt determinate de îmbolnăviri diverse ale coloanei cervicale, ca, spre exemplu, **spondiloza.**

În toate cazurile de cefalee musculară există pericolul obișnuinței cu medicamentele calmante împotriva durerilor, medicamente care, așa cum s-a arătat, pe lîngă acțiunea iritantă pentru mucoasa gastrică, pot produce, prin folosire îndelungată, anemii și alte boli ale sîngelui. Așa fiind, orice durere de cap de acest tip, care persistă timp îndelungat sau se repetă și după normalizarea modului de viață și a stilului de muncă, impune consultarea medicului.

În afara celor două tipuri de cefalee, vasculară și musculară, sînt și altele, produse de alte mecanisme și de alte cauze, dar a căror raritate nu justifică prezentarea lor în cadrul acestei informări cu caracter general.

În concluzie, subliniem încă o dată că apariția unei dureri de cap nu trebuie privită nici cu superficialitate, dar nici cu spaimă. Greșită și periculoasă este ușurința cu care unii atribuie frigului sau „curentului" o mulțime de îmbolnăviri, inclusiv cefaleea, dar nu mai puțin păgubitoare este spaima celor care negăsind o explicație cefaleei care s-a instalat și, cunoscînd cazul vreunei alte persoane, presupun că ar putea suferi de o tumoare cerebrală, de un cheag de sînge intracranian sau altă boală gravă. La apariția unei dureri de cap, prima grijă trebuie să constea în analizarea stilului propriu de viață și de muncă și normalizarea lui, acțiune utilă, indiferent de cauza cefaleei. De asemenea, se impune consultarea neîntîrziată a medicului de medicină generală, iar cei aflați deja în evidența unui specialist pentru o afecțiune cronică, a specialistului respectiv. Dar, la fel de importantă pentru vindecarea bolii care a dat naștere cefaleei este aplicarea cu strictețe nu numai a tratamentului medicamentos prescris de medic, ci și a celorlalte măsuri care privesc regimul alimentar, regimul de activitate și de odihnă etc.

OCTAVIAN IENIȘTEA
Doctor în științe medicale
Medic primar neurolog

Ambulanța

Dedicată medicilor de la „Salvare"

Cuvintele muriseră
Pe gura arsă de febră...
Trupul parcă plutea divizat
În particule...
Aproape de trecere în tăcere,
Ochii închiși peste culoarea sîngelui,
Neintorși din clipa de accident...

Dar, sunetul strident
Răzbătu prin durere,
Pînă la cunoștința amorțită...
Speranța ilumină
Ca un fascicol de lumină
Umbra ce se lăsase...
„Oameni în alb" ridicară povara...
Auzul se ascuți,
Dorința de a fi... de a rămîne,
Instinctul de conservare...
Caută să prindă cuvinte ;
Se afla în mașina cea albă,
În „Salvare".
Mîini febrile îi dădeau ajutor...
Peste scînteia speranței
Lacrima curse fierbinte...

ELENA LEONORA FRUGINĂ
MEMBRĂ A CENACLULUI
CULTURAL-PATRIOTIC „VASILE CÂRLOVA"

INFECȚIILE REPETATE ALE CĂILOR AERIENE SUPERIOARE LA COPII

Infecțiile căilor aeriene superioare ale copilului sînt — în condițiile climatice din țara noastră — foarte frecvente și în mare măsură recidivante.

Datorită simptomatologiei caracteristice și a accesibilității examenului clinic, diagnosticul lor poate fi stabilit precoce, permițînd o terapie eficientă și evitînd complicațiile.

Această patologie trebuie interpretată în următorul context :

A. Patologia de adaptare a copilului.

B. Factorul bacteriologic.

C. Mijloacele de apărare ale organismului copilului împotriva factorilor de agresiune.

D. Modul de manifestare clinică întîlnit în practica curentă.

E. Principii de tratament al afecțiunilor recidivante ale căilor aeriene superioare.

A. Patologia de adaptare a copilului

Primele agresiuni la nivelul căilor aeriene superioare constituie pentru nounăscut, sugar și copilul mic un sindrom de adaptare.

În pediatrie se apreciază că un copil pentru a-și forma o imunitate solidă la nivelul mucoasei respiratorii are nevoie de aproximativ 60—70 de agresiuni infecțioase moderate, cu impact rinofaringian.

Explicația vizează următorii factori :

a) **Terenul,** care este influențat de factori locali, factori alergici, factori generali nespecifici și factori terapeutici.

Factorii locali constau în : hipertrofia (creșterea exagerată) vegetațiilor adenoide ; configurația criptică și hipertrofică a amigdalelor palatine ; morfologia particulară a trompei lui Eustachio, care la sugar este, după cum se știe, largă, beantă și scurtă. Aceste condiții locale constituie substratul morfofuncțional al recidivelor infecțioase.

Factorii alergici se adaugă condițiilor locale, favorizînd recidivele.

Unii factori nespecifici generali, ca : anemia hipocromă feriprivă a sugarului, mucoviscidoza, granulomatoza septică familială.

Factori terapeutici : o antibioterapie insuficientă, incorectă, neștiințifică, constituie ea însăși un factor de recidivă, favorizînd transformarea unei infecții acute perfect reversibilă într-o infecție trenantă sau recidivantă.

b) **Mediul ambiant :**

— copiii crescuți într-un mediu familial ferit de surse de contaminare fac foarte rar infecții ale căilor respiratorii. Datorită acestui fapt, însă, imunitatea lor se instalează, în timp, foarte tîrziu ;

— copiii care cresc în colectivități fac infecții precoce și recidivante, care accelerează dezvoltarea sistemului imunitar ;

— factorii meteorologici, climatici, poluarea atmosferică (fum, gaze, tutun) influențează negativ comportamentul mucoaselor respiratorii față de agresiunea infecțioasă ;

— atmosfera ambientală supraîncălzită determină prin desicare (uscare) o predispoziție la infecții a mucoasei nazale și a celei faringiene.

c) **Imunitatea**

Răspunsul imunitar față de infecție este determinat de sistemul limfocitar, informat, la rîndul său, de macrofage *. Sistemul imunitar este reprezentat de limfocitul T, imunoglobulinele ** serice, imunoglobulinele tisulare și imunoglobulinele secretorii.

Sugarul are în mod fiziologic un deficit imunitar relativ.

Limfocitul T este modulatorul imunității celulare.

Imunoglobulinele serice sînt reprezentate la sugar, pînă la 6 luni, numai de IgG și IgM. Acestea sînt transmise transplacentar de către organismul matern.

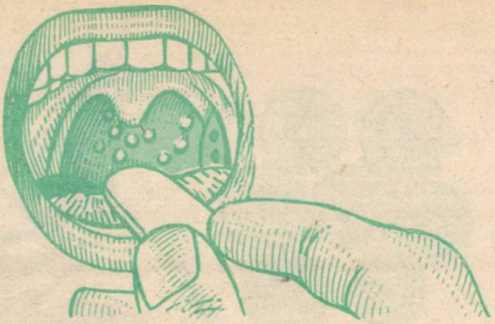
Treptat, sub influența agresiunilor exterioare, copilul își formează propriul său sistem imunitar.

Sistemul limfoid repartizat în inelul limfatic Waldayer constituie punctul de pornire al acestui proces.

Agresiunea infecțioasă la acest nivel determină apariția în primul rînd a IgM, apoi a IgG, care devin cu timpul

* *Macrofag* = celulă fixă sau liberă, derivată din sistemul reticulohistiocitar, avînd proprietatea de a înghiți elemente celulare sau diferite particule străine, de dimensiuni variabile. Are rol foarte important în mecanismul de apărare a organismului.

** *Imunoglobulină* = fracțiune proteică din serul sanguin care conține majoritatea anticorpilor sanguini. În practica medicală este folosită sub formă injectabilă (gamaglobulina pentru creșterea rezistenței organismului contra unor infecții.



stabile și definitive. În sfîrșit, IgA apare ca rezultat al unui proces de excreție la nivelul mucoasei respiratorii.

Această sinteză de imunoglobuline începe după luna a doua de viață. În continuare, agresiunile alergice și parazitare pot determina apariția de IgE.

Nivelul global al imunoglobulinelor devine similar cu cel al adultului la sfîrșitul primului an de viață și identic cu acesta abia după vîrsta de 10 ani.

Imunoglobulinele tisulare constituie suportul unității locale. Sînt reprezentate de IgA. Deficitul de IgA, determinat de infecțiile repetate locale, atrage după sine o reducere considerabilă a secreției globale de imunoglobuline.

Imunoglobulinele secretorii. Producția de imunoglobuline a amigdalelor, a vegetațiilor adenoide și a mucoasei pituitare este considerabilă.

IgA se transformă în IgAs (secretorii) prin transferul acestui proces de la nivelul submucos la nivelul epiteliului rinofaringian.

IgAs joacă un rol fundamental în apărarea mucoasei respiratorii față de agresiunea infecțioasă locală.

Deficitul IgAs se înregistrează în infecțiile recidivante ale căilor aeriene superioare, cînd există tendința ca acestea să fie înlocuite de IgE, sub influența unor factori alergizanți.

B. Factorul bacteriologic

Germenii obișnuiți ai infecțiilor căilor aeriene superioare sînt :

— **streptococul,** care este cel mai frecvent germen întîlnit în angine. Streptococul este foarte sensibil la penicilină și macrolide. Este rezistent la aminozide și la ampiciline ;

— **stafilococul auriu** este un germene ubicvitar. Se găsește în proporție de 30—50% și la purtătorii sănătoși. Devine patogen în agresiunile microbiene asociate ;

— **stafilococul de spital** este cel mai redutabil la tratament ;

— **pneumococul** este un germen saprofit, care se întîlnește în mod normal la 30% din oameni. Poate deveni patogen în condițiile scăderii rezistenței imune. Este sensibil la majoritatea antibioticelor, cu excepția aminozidelor și tetraciclinelor ;

— **meningococul** este întîlnit doar în cursul unor epidemii.

Germenilor obișnuiți ai infecțiilor căilor aeriene superioare li se pot adăuga și :

a) **germeni specifici :** bacilul difteric ; bacilul tuberculozei ; **Bordetella pertusis ; Francisela turalensis ;**

b) **germeni de suprainfecție :** sînt saprofiții obișnuiți ai căilor aeriene superioare, care pot deveni patogeni la copii debilitați, în special la cei din mediul spitalicesc. Din categoria acestora fac parte bacilul **Proteus, Pyocianicul, Klebsiella pneumoniae și Haemophilus influenzae.**

Proteusul este rezistent, în general, la tetracicline și poate fi sensibil la ampiciline, cefalosporine și aminozide.

Pyocianicul este rezistent la ampiciline, la cefalosporine și tetracicline. Este sensibil la colistine și unele vaccinuri.

Klebsiella este rezistentă la ampiciline și sensibilă la cefalosporine.

Haemophilus influenzae — germen tot mai frecvent întîlnit în cursul otitelor medii — este sensibil la macrolide ;

c) **virusurile** se transmit prin contagiune directă interumană, agresiunile virale se pot suprainfecta, îmbrăcînd, în continuare, alura clinică a unei infecții bacteriene pure.

Tipurile de virus întîlnite mai frecvent la noi în țară sînt :

1. **adenovirusurile** — care produc faringoconjunctivite și bronhopneumonia ;

2. **mixovirusurile** — sînt incriminate în producerea gripei, a parotiditei epidemice, a rujeolei, rubeolei și a unor afecțiuni O.R.L. (virusul parainfluenzae și virusul respirator sincițial) ;

3. **picornavirusurile** — cuprind enterovirusuri de tip **Coxsackie** A și B, care produc herpangine * și sindroame febrile respiratorii ;

* *Herpanginâ* = una dintre modalitățile clinice ale infecției cu virusuri *Coxsackie* din grupa A, care apare epidemic sau sporadic, în special vara și mai ales la copii ; se manifestă clinic prin leziuni veziculoase și uneori ulcerative, situate pe mucoasa vălului palatin și avînd o evoluție benignă.

4. **virusul herpetic** — incriminat în producerea herpesului ;

d) **micozele** — levurile şi **Candida albicans**, fungi cu un oportunism deosebit de ridicat, produc infecţii cronice recidivante, însoţite de unele manifestări alergice.

C. Mijloacele de apărare ale organismului copilului împotriva factorilor de agresiune

Aceste mijloace constituie un sistem complex, bazat pe următorii factori :

1. Factorii constituţionali.
2. Factorii nespecifici cîştigaţi.

1. **Factorii constituţionali** cuprind :

— **sistemul mucociliar,** care are rol de diminuare a contactului agentului agresor cu mucoasa respiratorie ;

— **glicoproteinele de suprafaţă,** care protejează mucoasa respiratorie, în special împotriva virusurilor ;

— **lyzozimul,** cu rol de protecţie a mucoasei ;

— **macrofagele,** cu rol de fagocitoză * şi pinocitoză ** şi de informare a sistemului imunitar ;

— **properdina,** o betaglobulină serică, care intervine în sinteza complementului ;

— **complementul seric,** care potenţializează imunitatea celulară, umorală şi fagocitoza. Diminuarea sau lipsa lui produc receptivitate crescută la infecţii.

— **Alfa$_1$ antitripsina,** cu rol de protecţie imunitară a mucoasei bronşice şi alveolare.

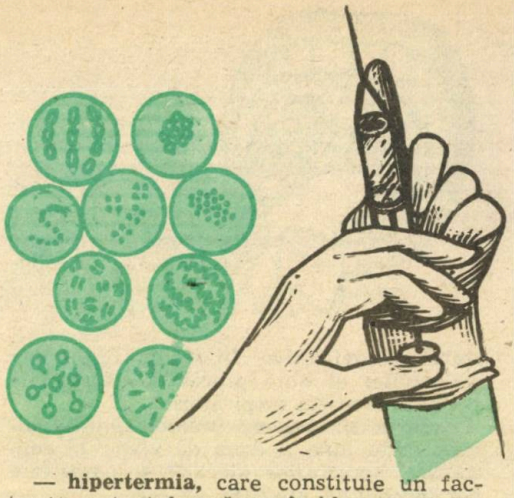
2. **Factorii nespecifici cîştigaţi** sînt reprezentaţi de :

— **un echilibru ecologic local,** care în condiţii normale se opune implantării germenului patogen ;

— **pH-ul secreţiilor locale** cu rol important în implicarea multiplicării bacteriene şi virale ;

* *Fagocitoză* = înglobarea şi distrugerea microorganismelor, resturilor celulare sau a particulelor străine în interiorul fagocitelor.

** *Pinocitoză* = fenomen care constă în ingestia discontinuă a lichidelor de către o celulă, prin invaginarea suprafeţei celulare.



— **hipertermia,** care constituie un factor important de apărare în blocarea multiplicării virale ;

— **interferonul,** o glicoproteină antivirală nespecifică, sintetizată de către celula infectată şi care se comportă ca agent anticelular şi antiviral.

D. Principalele forme clinice de manifestare ale infecţiilor căilor aeriene la copii

1. **Formele acute**

Rinitele şi rinofaringitele acute ale sugarului şi copilului mic :

— în majoritatea cazurilor au o etiologie virală ;

— se pot suprainfecta cu unul din germenii amintiţi ;

— au, în general, o evoluţie benignă, neimpunînd măsuri terapeutice speciale ;

— se pot manifesta şi sub forme de puseuri subintrante la unii nou-născuţi debilitaţi sau la copiii care trăiesc în colectivităţi. În aceste cazuri este vorba de aşa-numita **boală de adaptare,** pentru înlăturarea căreia măsurile de igienă locală şi igiena mediului sînt mai eficace decît orice alt tratament.

2. **Formele cronice :**

— se manifestă prin rinita catarală cronică şi rinita hipertrofică ;

— sînt mai frecvente la copii adenoidieni ;

— evoluţia cronică pregnantă este determinată de tulburările vazomotorii, la care se adaugă elemente de alergoinfecţie intricate.

3. **Adenoidita cronică :**

— se caracterizează printr-o hiperplazie limfoidă * a amigdalei faringiene, sub influenţa factorilor infecţioşi, climatici şi ereditari ;

* *Hiperplazie limfoidă* = creşterea numărului de elemente limfoide locale sau ale întregului ţesut limfoid, ca urmare a unor iritaţii, traducîndu-se în special prin adenopatii.

— ţesutul limfoid rinofaringian, la început barieră imunologică, devine, prin spolierea de funcţie imunitară, focar de infecţie, întreţinînd inflamaţia cronică sau recidivantă a căilor respiratorii superioare (rinofaringite repetate, otite recidivante, laringite, traheobronşite) ;

— frecvenţa maximă a hipertrofiei vegetaţiilor adenoide este între 2—6 ani ;

— tratamentul constă în adenoidectomie, care este posibilă începînd cu vîrsta de 10 luni, momentul optim al intervenţiei chirurgicale fiind însă la vîrsta de 3—4 ani.

4. **Sinuzitele recidivante ale sugarului şi copilului mic :**

— sînt secundare suferinţei nazale ;

— sinusul etmoidal există deja la naştere, în timp ce sinusul maxilar şi sfenoidal se dezvoltă treptat, după naştere, ajungînd la forma definitivă după vîrsta de 12 ani ;

— frecvenţa mare a sinuzitelor este între 2 şi 5 ani ;

— manifestarea clinică, cu alterarea stării generale, febră, edem palpebral şi modificările radiologice sînt semnele de certitudine ale suferinţei sinuzale ;

— în majoritatea cazurilor antibioterapia adecvată rezolvă în scurt timp suferinţa ;

— menţionăm frecvenţa alergoinfecţiilor, care se condiţionează reciproc. Recidivele frecvente ale unor rinite şi sinuzite sînt indiciul existenţei unui teren alergic, faţă de care vor trebui luate măsurile specifice corespunzătoare.

5. **Anginele recidivante ale sugarului şi copilului mic** pot fi :

Angine eritematoase, cu etiologie iniţial virală, putîndu-se suprainfecta în evoluţie.

Suprainfecţia streptococică este cea mai frecventă.

Antibioterapia penicilinică şi dozarea titrului ASLO sînt obligatorii.

Se recomandă ca o anghină eritematoasă, care se repetă de mai mult de 4 ori, în timpul sezonului rece, care se complică cu flegmoane amigdaliene, cu creşterea titrului ASLO şi cu adenită să fie tratată chirurgical.

Anginele eritematopultacee iterative au o etiologie preponderent streptococică, însă pot fi produse şi de alţi germeni.

Se însoţesc de adenopatie subangulomandibulară dureroasă şi pun aceleaşi probleme terapeutice ca şi anginele eritematoase.

Anginele bolilor infecţioase se încadrează în tabloul simptomatologic general al acestora şi impun terapia specifică necesară pentru afecţiunea cauzatoare.

Anginele ulceroase sînt produse de o floră fuzospirilară, iar anginele veziculoase sînt determinate de virusul **Coxsackie.**

Primele răspund favorabil la antibioterapia penicilinică, iar celelalte cedează la administrarea de antitermice şi antiinflamatorii.

6. **Laringitele iterative**

La copil suferinţele acute ale laringelui de origine infecţioasă se însoţesc întotdeauna de dispnee importantă, care necesită o supraveghere riguroasă şi de cele mai multe ori o internare timpurie.

Mici epidemii de laringite survin la copil, de regulă, în sezonul de toamnă şi iarnă, în urma unor scăderi brutale ale temperaturii.

Pentru prevenirea recidivelor este necesară înlăturarea focarului infecţios adenoidian şi corectarea imunoalergologică a terenului.

Formele clinice cele mai frecvent întîlnite în practică sînt :

— laringita recidivantă subglotică ;

— laringita striduloasă.

Aceste forme de laringită necesită supravegherea atentă a copilului în mediu spitalicesc, cu administrarea unei terapii antibiocortizonice susţinute, la nevoie intubaţie sau traheotomie, în funcţie de manifestarea clinică şi de eficienţa corticoterapiei.

E. Principii de tratament ale afecţiunilor recidivante ale căilor aeriene superioare la copii

Aceste principii constau în :

1. Tratamentul episoadelor acute.
2. Prevenirea recidivelor.

1. Tratamentul episodului acut

a. **Tratamentul local** cuprinde :

— **instilaţiile nazale,** care au ca scop restabilirea permeabilităţii respiratorii, fluidificarea secreţiilor, vizează o acţiune antimicrobiană şi antiinflamatorie locală ; se realizează prin : vazoconstrictoare. Se recomandă abstenţie de la folosirea efedrinei, pînă la vîrsta de 3 ani, şi a naftazolinei, pînă la vîrsta de 15 ani ;

— **antibiotice cu aplicare locală :** pot fi utilizate Neomicina şi Framycetina, cu atenţie la efectele lor alergizante. Nu recomandăm aplicarea altor antibiotice pe mucoasa nazală ;

— **antialergice** de tip cromoglicat disodic, în aplicaţie sub formă de spray sau aerosoli, previn sau jugulează manifestările alergice nazosinuzale.

b. **Terapeutica generală** se realizează prin :

— **antitermice,** care sînt necesare pentru prevenirea convulsiilor şi a hiperpirexiei ; acidul acetilsalicilic şi Paracetamolul se administrează în doze de pînă la 50 mg/kilocorp, în 24 de ore. Efectul lor poate fi potenţat de Diazepam, în doze de 1—2 mg/kilocorp, în 24 de ore, în mai multe reprize ;

— **antibiotice,** necesare în special pentru reducerea posibilităţilor de complicaţie a infecţiilor căilor aeriene superioare. Antibioterapia se poate realiza (dar numai la indicaţia medicului) prin :

- **Penicilina V sau Penicilina cristalină,** în doze de 1 pînă la 2 milioane în cazul unei infecţii cu streptococ betahemolitic ;
- **Ampicilina,** în doze de 50 pînă la 100 mg/kilocorp/zi ;
- **cefalosporinele,** în aceleaşi doze ;
- **macrolidele** (Eritromicina), în doze de 50 mg/kilocorp, în 24 de ore.

Recomandăm evitarea folosirii **Cloramfenicolului,** pentru riscul său hematologic, a **aminozidelor,** pentru riscul lor auditiv, şi a **tetraciclinelor,** înainte de vîrsta de 8 ani, care produc coloraţia galbenă a dinţilor.

Prescrierea unei antibioterapii la copil va trebui să ţină seama de următoarele două criterii :

— este strict necesară antibioterapia ?

— dacă da, care sînt germenii incriminaţi în suferinţă, care este tipul infecţiei şi sensibilitatea germenilor ?

Pentru îndeplinirea celui de al doilea criteriu recomandăm ca ori de cîte ori este posibilă antibiograma, aceasta să reprezinte criteriul primordial al administrării antibioticului.

— **antiinflamatoare,** care pot fi administrate pe cale locală sau generală.

Ele înlesnesc activitatea antibioterapiei, pe de o parte, iar pe de altă parte, acţionează direct asupra manifestărilor inflamatorii locale.

2. **Prevenirea recidivelor** se realizează prin :

a. **Tratamente chirurgicale**

Adenoidectomia, care are următorele indicaţii :

— episoade infecţioase febrile recidivante ;

— otite repetate, cu diminuarea auzului ;

— obstrucţie nazală permanentă ;

— adenoidectomia se practică de regulă cu maximum de frecvenţă între 1—6 ani.

Amigdalectomia se impune în următoarele cazuri :

— amigdalite repetate ;

— creşterea titrului ASLO ;

— hipertrofia obstruantă a amigdalelor, care jenează respiraţia, în special în decubit *.

Amigdalectomia se efectuează la 3—4 săptămîni după stingerea episodului infecţios acut. O recomandăm după vîrsta de 4 ani şi, în mod excepţional, sub această vîrstă, dacă indicaţiile amintite o impun în mod categoric.

b. **Tratamente medicamentoase**

Sînt multiple, iar rezultatul aplicării lor este variabil, în funcţie de susceptibilitatea individuală.

Acestea constau în :

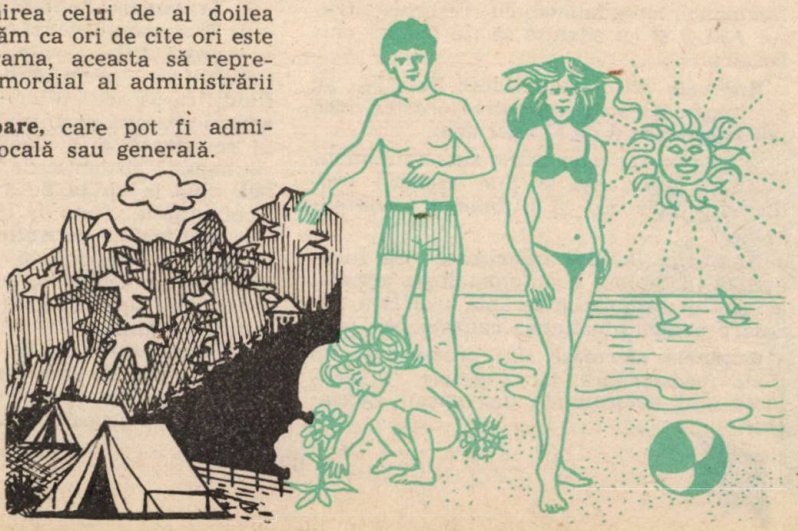
— medicaţia sulfuroasă, sub formă de aerosoli ;

— polivitaminoterapie ;

— gamaglobuline în doze de 0,30 ml/kilocorp, aplicate în injecţii intramusculare, la interval de 3 săptămîni, care, prin cantitatea de IgG pe care o conţin, au rezultate favorabile, însă de scurtă durată ;

— imunoterapia de stimulare se realizează prin imunostimulente de origine biologică (BCG, Bronhodin, Polidin) ;

* *Decubit* = poziţie a corpului cînd este întins la orizontală.



— imunoadjuvante, care au rolul de a mări imunogenitatea unor antigene ;

— vaccinoterapia, care se poate realiza prin vaccinuri antigripale sau vaccinuri polivalente bacteriene ;

— desensibilizarea specifică, care se aplică atunci cînd prin metode alergologice a fost detectat alergenul incriminat în suferința căilor respiratorii.

c. **Cure termale și climatice**

Curele termale vizează modificarea troficității mucoasei respiratorii, care se realizează prin apele sulfuroase aplicate în aerosoli.

Cura climatică cea mai corectă este alternarea curei heliomarine, cu vacanțele la munte.

Concluzii

— La debut, suferința căilor aeriene superioare nu necesită decît un tratament simptomatic.

— Antibioterapia trebuie aplicată numai în condițiile suprainfecției cu germeni patogeni și trebuie efectuată sub strictă supraveghere medicală, pe baza examenelor bacteriologice și a antibiogramei și în funcție de alura și gravitatea manifestărilor clinice.

— Tendința de a administra antibiotice în mod necontrolat — inutil — nu numai că nu folosește bolnavului, dar poate fi chiar dăunătoare prin întîrzierea sau subminarea apariției și dezvoltării sistemului imunitar.

D. SARAFOLEANU
Doctor în științe medicale,
Medic primar O.R.L.
Șeful secției O.R.L., Spitalul clinic Griviția

DEFINIȚII ÎN CATRENE

CHIRURGUL

Intotdeauna cînd lucrează,
Pe nimenea nu menajează ;
Oricum l-ai lua, el una știe,
Că-i pus... să taie-n carne vie.

STOMATOLOGUL

E medicul la care, așteptînd,
Cedezi cu ușurință al tău rînd
Și pentru care, dinainte,
Oricare om are... un dinte.

RADIOLOGUL

Un tip care, în general,
Pare un om paradoxal ;
Deși-i un optimist integru,
Pe toate el le vede-n... negru.

OFTALMOLOGUL

In cabinetul lui cu plată
Cînd omul intră, prima dată,
Cu toate că nu-i pus pe sfadă,
N-are deloc... ochi buni să-l vadă.

PSIHIATRUL

E omul cel mai indiscret ;
Zadarnic i-ascunzi un secret,
Căci, cu iscoditoare unde,
Pînă și-n suflet îți pătrunde.

REANIMATORUL

Specialistul la care
Pacienții-n stări precare,
Tratați cu minte isteață
Sînt readuși iar la viață.

ORTOPEDUL

Sosești la el, șontic-șontic,
Chiar dacă nu ești babalic...
Iar, uneori, simți, la plecare,
Parc-ai avea... alte picioare.

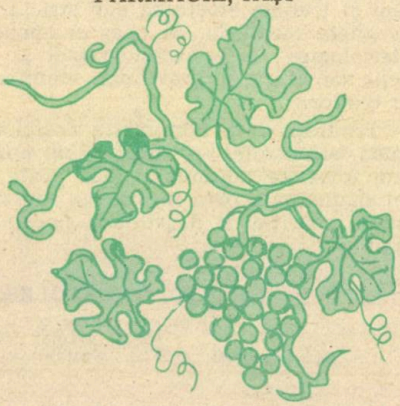
DERMATOLOGUL

El părțile exterioare
I le tratează orișicui,
Dîndu-i de înțeles că are...
Un ac pentru cojocul lui.

ION VULPESCU

VIȚA DE VIE ȘI VINUL ÎN LEGENDE

Conf. dr. doc. MARȚIAN COTRĂU
INSTITUTUL DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE, IAȘI



Apariția fermentației alcoolice naturale este fixată de către paleontologi în era secundară — deci cu cel puțin 100 de milioane de ani în urmă — cînd Terra era dominată de uriașele reptile. Vița de vie datează însă, așa cum o dovedesc fosilele, din era terțiară, încît omului, la apariția sa, nu i-a rămas decît să folosească ceea ce darnica natură îi oferea din abundență. Oare omul a descoperit numai din întîmplare băuturile fermentate — ca și alte realizări epocale, ca fabricarea metalelor, construirea roții, inventarea țesutului etc. — sau a investit și un dram de geniu ? Oricum ar fi, se poate imagina reacția primului hominid cînd a observat că strugurii îngrămădiți într-o scorbură din peșteră, ca provizie pentru mai tîrziu, au început să putrezească. Întîi va fi fost decepționat de pierderea rezervelor, dar mai ales îngrozit de „fierberea" din masa de struguri, unde își imagina, fără îndoială, că intraseră duhurile vrăjmașe. Datele etnografice și istorice arată că descoperirea băuturilor fermentate aparține omului agricultor (mileniul VII). Acesta, preocupat să-și asigure rezerva de hrană, a confecționat vase și — intenționat sau întîmplător — a stors strugurii, dînd posibilitatea levurilor * naturale să fermenteze mustul. Cineva, din curiozitate sau indolență, nu va fi aruncat lichidul și, după încetarea fierberii, l-a gustat. Este probabil că omul primitiv nu a fost atras de gustul băuturii, cu care nu era obișnuit, ci de starea de excitație ulterioară, adică de „voluptatea amețelii". De fapt, starea de bună dispoziție, de nepăsare, de eliberare, de neliniște se regăsește printre motivațiile de a bea și ale omului din zilele noastre.

Legende străvechi povestesc, în termeni variați, la popoare și perioade diferite, despre sădirea viței de vie și apariția miraculoasă a vinului, ca și a altor băuturi fermentate.

«Cu fruntea scăldată în sudoare — spune o legendă ebraică —, Noe sapă pămîntul. Dar iată că se apropie Satana și-l întreabă ce face. „Sădesc vița de vie", — răspunde Noe. „Vița de vie ! Ce plantă încîntătoare ! Rodul ei minunat farmecă ochiul și sucul ei înveselește inima ; vreau să te ajut !" — se oferă Satana. Noe primește bucuros, iar Satana, considerînd că va avea încă un mijloc de a corupe pe om, se apucă de îndată de treabă. După ce dispare o clipă, se întoarce cu un miel, o vulpe, un leu și un porc. Îi sacrifică pe rînd și scurge sîngele lor în groapa pregătită pentru săditul viței de vie. Apoi îi spune lui Noe : „Termină treaba, fiu al omului !" De atunci, la primul pahar omul devine blînd ca mielul, la al doilea, viclean ca vulpea, la al treilea, îndrăzneț ca leul, iar după patru pahare, se comportă ca porcul...»

Intervenția diavolului în sădirea viței de vie este menționată și în altă variantă : „Alungat din înaltul cerului, diavolul luă forma unui șarpe și, amestecîndu-se cu pămîntul, dădu naștere butucului viței de vie ; cîrceii acesteia dovedesc originea sa diabolică..."

Mitologia greacă leagă apariția viței de vie de Dionysos, iar cea romană, de echivalentul lui Dionysos, Bachus.

Născut din frumoasa Semele, fiica regelui Cadmos, întemeietorul Thebei, și din Zeus, părintele oamenilor și al zeilor olimpici, Dionysos era zeul viței de vie și al vinului. Se spune că în adolescență Dionysos a avut un singur prieten, pe Ampellos, care a murit însă în plină tinerețe, la o vînătoare. Dionysos a plîns îndelung moartea prietenului drag, iar zeii, ca să-l consoleze, au făcut să răsară, din trupul neînsuflețit al lui Ampellos, vița de vie. Bînd sucul parfumat al strugurilor în care reînvia farmecul tinereții în floare a lui Ampellos, Dionysos și-a alinat durerea, simțindu-se aproape de prietenul său : „În mireasma încîntătoare a strugurilor tăi / Simt încă parfumul dragostei tale..." (Nonnos, secolul IV e.n.). De atunci, oamenii găsesc în vin alinare și uitare, iar vinul este socotit un dar făcut oamenilor

* *Levură* = ciupercă unicelulară, care se înmulțește prin înmugurire.

de către Dionysos, „care a plîns pentru a alina lacrimile muritorilor".

Iată în versificarea poetului V. Militaru, legenda sădirii viței de vie atribuită lui Bachus și compararea efectelor vinului cu atributele unor animale : „Zeul Bachus, mergînd singur și găsind o viță mică, / A fost pus-o, ca să crească, într-un os de rîndunică. / Însă cum, în scurtă vreme, vița tot creștea mereu, / Bachus, grijuliu, a pus-o într-un os voinic de leu ; / Dar crescînd prea mult și-acolo, Bachus a luat-o iar / Și-a sădit-o în căpățîna unui decedat măgar. / De-atunci oamenii, bînd vinul — din pahar sau din ulcică — / Unii, veseli, simt că zboară, ca ușoara rîndunică, / Alții, plini de sănătate, simt în ei puteri de lei / Și — mai fără minte alții — ca măgarii rag mereu".

Însă reprezentarea lui Dionysos (Bachus) în arta mitologică arată diferite efecte ale vinului : un tînăr frumos, așezat într-un car tras de tigri sau pantere, adesea șezînd pe un butoi, purtînd pe cap o cunună din frunze de viță și ciorchini de struguri, simbolizînd puterea dată de vin ; un copil, arătînd că beția întoarce pe om la starea copilăriei sau că vinul redă bătrînilor vioiciunea copiilor ; un bătrîn, pentru că vinul face pe om vorbăreț și incapabil să păstreze secretele, întocmai ca unii oameni la vîrstă foarte avansată.

Efectul liniștitor al vinului este menționat pe toate meridianele. O legendă din China arată că vinul a fost preparat către anul 2205 î.e.n. Domnia împăratului Yü ar fi fost tulburată de un război îndelungat și de inundații repetate, încît împăratul căzu într-o stare de adîncă melancolie. Dorind să-l înviioreze, sclava sa credincioasă Yi-Tieh prepară vin din struguri și-i dădu să bea. Au fost de ajuns cîteva cupe cu vin pentru ca împăratul să-și uite grijile și, treptat, să se însănătoșească.

Parfumul neasemuit al vinului este cîntat în stil hiperbolic, printre alți numeroși poeți din toate timpurile, de poetul grec Nonnos : „Nici o plantă nu se poate asemui boabelor tale, / Nici trandafirul, nici narciza sau anemona, / Crinul sau iacintul ; nici una nu egalează mlădița lui Bachus, / Căci nobila picătură a strugurilor tescuiți / Băutura ta, conține toate celelalte plante. / Băutură unică, amestecul a toate, pentru parfumul unic, / Bogat în toate florile din lume".

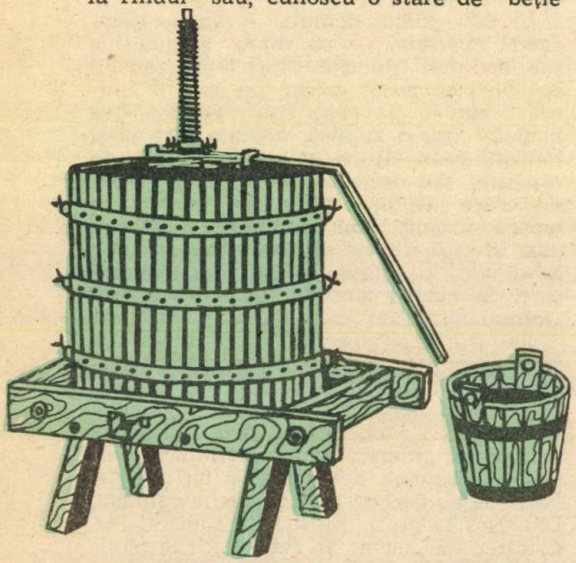
Dar efectul dăunător al vinului în exces a fost, de asemenea, observat dintotdeauna. Însuși Noe — se relatează în Geneza — : „A băut vin, s-a îmbătat și s-a dezgolit în mijlocul cortului său". Căci Noe, îndemnat de diavol, a făcut sacrificii de animale pe locul plantării viței de vie, iar sîngele scurs a intrat în compoziția vinului. Odată cu vinul, Noe a băut sînge — una din interdicțiile majore din religia ebraică — și de aceea a fost pedepsit cu starea de beție.

«A fost odată, demult, — spune o legendă persană —, un mare și puternic șah, denumit Djamșid. Mult îi plăceau lui strugurii proaspăt culeși, pe care îi aducea regulat favorita sa, Gulnar—cea blondă ! Într-o zi însă, aceasta uită să-și îndeplinească slujba și șahul nu găsi la căpătîiul său decît ciorchini putreziți. De disperare, Gulnar îi mîncă, dorind să moară otrăvită. Dar nu muri, ci adormi doar și visă un vis atît de minunat, încît șahul voi, la rîndul lui, să facă o încercare. În curînd amîndoi deveniră sclavii „minunatei otrăvi"».

Tulburările produse de abuzul de vin sînt recunoscute și în cazul altor băuturi fermentate. În India băuturile fermentate sînt menționate în imnurile Vig-Vedei (mileniul I î.e.n.). Indra, străvechiul zeu băutor de „soma", ar fi divinitatea inițială, creatoare a băuturilor fermentate, din care au derivat apoi Osiris la egipteni, Dionysos la greci, Bachus la romani. Denumirea de „soma" se referă atît la elixirul îmbătător destinat zeilor vedici, cît și la zeul selenar Soma. Creșterea sau descreșterea lunii era explicată prin umplerea sau golirea astrului de această băutură. În China, încă din mileniul II se prepara, pe lîngă vin, și berea denumită „kiu", ca și băutura fermentată din sorg. În Japonia, tradiția afirmă că se prepara „sake" (vin de orez) cu 2 000 de ani înaintea erei noastre.

O legendă din Laos relatează despre apariția băuturii fermentate din orez. Niște porumbei verzi au lăsat să cadă cîteva boabe de orez în adîncitura făcută de trei crengi la baza trunchiului unui tamarin. Păsările care veneau să bea apă din această fîntînă improvizată se îmbă-

tau și cădeau fără suflare la rădăcina copacului. Maimuțele însetate au resimțit și ele, după ce au băut din această apă, efectul ei îmbătător și, după un moment de toropeală, își reluau goana fără odihnă în pădurea virgină. Vînătorul Soula, trecînd pe acolo, privi cu atenție animalele adormite în jurul micii băltoace și presupuse că apa era cauza somnului lor. Bînd, la rîndul său, cunoscu o stare de beție



tradusă printr-o incoerență puternică, urmată de un somn adînc. La deșteptare, luă puțin din apă, se întoarse la ai săi și-i dădu regelui să guste. După trei zile de beție, acesta ceru să se revină la locul unde se găsise băutura. Cercetînd, se descoperiră boabele de orez din apă, ceea ce permise fabricarea pe loc a băuturii, care, intrată în obiceiul populației, îi aduse multe tulburări.

Cele mai vechi dovezi scrise arată că încă din antichitate se încercase reprimarea abuzului de băuturi fermentate. Unele paragrafe din Codicele de legi întocmit în timpul regelui babilonean Hammurabi (1728—1686 î.e.n.) privesc pedepsirea băutorilor excesivi de bere de prin taverne. Abuzul îngrijorează nu numai pe legiuitori, dar și pe părinți. Pe o inscripție egipteană se poate citi dojana unui tată către fiul său, dedat la băutură : „Berea îndepărtează pe oameni de tine : / ea te face să-ți pierzi sufletul. / Ești ca o cîrmă frîntă pe o corabie / care nu mai ține nici o direcție, / ești ca un templu golit de zeii săi, / ești ca o casă fără pîine".

Reflecții bahice

● **În șanț eu cad în picioare, ca pisica : în patru... labe.**

● **Și noi, băutorii, mai călcăm pe alături ; alăturea de... gard !**

● **De ce măsor strada în lung și în lat, cînd sînt beat ? Păi, am lucrat, pe vremuri, la... Cadastru.**

● **Cînd „citești" prea des în stelele de pe sticla de coniac, cazi ca o... cometă !**

● **Mulți spun că sînt un bețiv ordinar ! Ei, nu mă las pînă nu devin... extraordinar !**

● **Cînd șoferul bea vin „de buturugă", nu trebuie să mai mire pe nimeni că... buturuga mică răstoarnă (auto) carul mare !**

● **Cică, ăsta-i vin de masă ! Aș ! Cîți nu-l beau și pe brînci ? !**

● **Mă bîrfește lumea că intru des prin restaurante. Păi, simt și eu nevoia să mă... restaurez, nu ?**

Mini-dicționarul chefliului

Agapă = **chef cu... amintiri...**
Bețiv = **sugar cu... măsele.**
Darul beției = **cadoul lui Bachus.**
Nas roșu = **certificat de vechime în cîmpul... etilic.**
Pahar = **nepotul... damigenei.**
Palincă = **foc lichid.**
Țuică bătrînă = **alcool... sclerozat.**
Vin nou = **băutură tînără.**

D. C. MAZILU

Cîte ceva despre

alimentația rațională a conducătorilor auto

Printre nenumăratele interziceri privind conducerea auto în anumite condiții de sănătate deficitară este și evitarea conducerii după mese mai copioase sau după cea mai mică cantitate de alcool consumată. Același efect negativ îl pot avea conducătorii auto care abuzează de medicamente (fără să consulte medicul) sau iau diferite calmante, chiar în doze mici, toți conducînd pe aceeași „autostradă a riscului".

Să revenim la starea de sănătate. Aceasta se poate menține și printr-o alimentație rațională.

Este bine ca înainte de a pleca la un drum lung, conducătorul auto să nu se scoale de la masă sătul, satisfăcut după un prînz copios. De asemenea, o mică pauză între masă și pornirea la drum, în care s-a făcut și o parte din digestie, este cît se poate de binevenită.

Iată și cîteva reguli elementare, pentru a avea o digestie ușoară :

— se va mînca încet și se va mesteca bine, deoarece alimentele bine mestecate sînt în parte și digerate ;

— se va evita mîncarea prea grasă sau se va consuma din ea o cantitate foarte mică ;

— în cazul oboselii sau a unei supărări este indicată consumarea unei mîncări ușor digerabilă (preferabil lichidă) și în cantitate mică ;

— se recomandă să se consume cantități mici de apă în timpul mesei, deoarece excesul diluează sucurile digestive ;

— este indicat să se consume cel puțin o mîncare sau o băutură caldă (supă, ciorbă, ceai etc.) ;

— după mîncare este binevenită o odihnă de 30—60 de minute (nu somn, care reduce activitatea digestivă), după care se poate porni la drum.

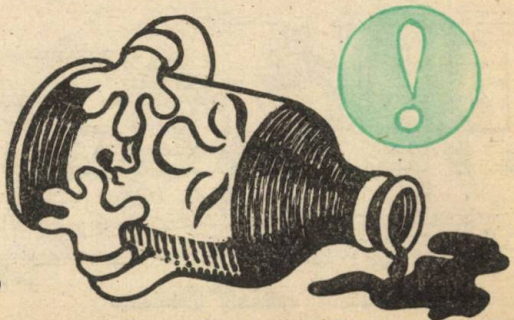
De asemenea, se știe că alcoolul nu face „casă" bună cu volanul. Sînt unii care cred că pot ieși cu „fața curată" după un păhărel de țuică, vin sau chiar de bere, dacă beau, în final, cafea. Se înșală ! Iată de ce : alcoolul intrat în circuitul sanguin pătrunde și în celulele nervoase. Pentru un om care are o alcoolemie (alcool în sînge) de 0,60 grame la sută, șansele de a provoca un accident rutier sînt de două ori mai mari decît la unul la care alcoolemia este zero. Este bine de reținut că alcoolul consumat pe nemîncate este mai periculos, deoarece alcoolemia crește mult mai repede decît la cel ce consumă și un „aperitiv".

Cafeaua (cafeina din ea) nu numai că nu anihilează efectul alcoolului, ci, din contră, îl accentuează, chiar dacă se bea o cafea *mare și tare*. Ficatul, unul dintre laboratoarele mai complicate ale organismului uman, are și proprietatea de a degrada alcoolul, în medie de un gram pe oră. Deci, cafeaua băută nu este capabilă să suprime efectul alcoolului. De aceea *„Nici o picătură de alcool !"* trebuie să fie una dintre devizele celui ce se urcă la volan.

Oboseala și alcoolul sînt prieteni buni, ducînd la accidente rutiere de neînlăturat și adesea imputabile toată viața.

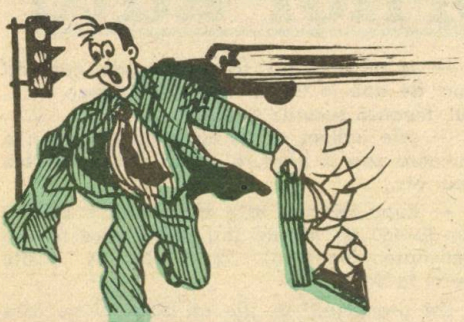
Accidentele rutiere, pe lîngă pagubele materiale, pun o problemă majoră a sănătății publice, care este de o importanță covîrșitoare pentru societatea noastră.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
SPECIALISTĂ ÎN DIETETICĂ ȘI NUTRIȚIE



DE-ALE CIRCULAȚIEI

BALADA PIETONULUI GRĂBIT



Trec strada, trec drumul în goană,
Pe unde-mi convine, că eu
Am fost și rămîn „o persoană"
Și nu un ilustru pigmeu.

Sînt mîndru precum e cocoșul,
Motive am multe, duium.
Și n-admit ca stopul pe roșu
Să-mi fie opreliște-n drum.

Nu fac, nici nu vreau să fac parte
Din cei anonimi trecători,
Ce strada o trec „ca la carte",
Cum scrie pe stop : în culori.

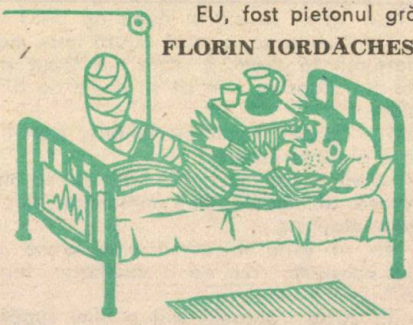
Eu nu pot s-aștept cît durează
Schimbarea la stopul — protap,
Minutul, secunda contează
Cînd condica nu vreau s-o scap.
Că de, mai întîrzie omul —
La mine-i un vechi obicei.
Mai dansul... taifasul... mai romul
Mă-mping să mă culc pe la trei.
Așa că la șase cînd face
Ceasornicul dușman „ding, ding",
Cu greu pot, în mod eficace,
Dorința de somn să-mi învîng.
Amîn bărbieritul și ceaiul,
Pornesc la pantofi descheiat,
Să prind din viteză tramvaiul,
Măcar pe tampon agățat.
Iar cînd, dup-atîta sforțare,
Ajung pîn-la ultimul hop,
Poftim că în față-mi apare
Pîrdalnicul roșu pe stop.
Dar chiar dacă-i roșu, nu verde,
Mi-nchipui că nu l-am văzut
Și trec fiindcă altfel aș pierde
Un timp și n-am timp de pierdut.

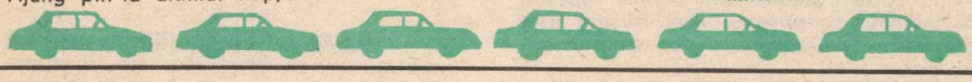
Aș vrea să-mi răspundă oricine
Cum poți să stai calm, să nu treci
Cînd fierbe dorința în tine
Să nu întîrzii de la meci ?
Sau dacă m-așteaptă o fată
Să facem un tur la șosea,
Să-mi fie-ntîlnirea ratată
Că stopul s-a pus contra mea ?
Ba trec și voi trece întruna,
Chiar dacă proteste provoc,
Chiar dacă dezlănțui furtuna
Claxoanelor toate în bloc.
Excepție fac cu Salvarea —
Gentil este bine să fii —
Că poate-ntr-o zi întîmplarea...
De, doamne ferește, mai știi ?...

FINAL

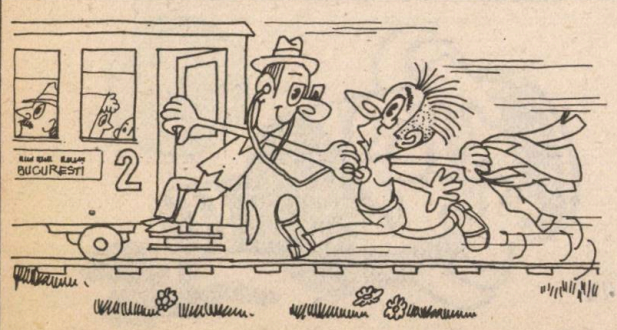
Finalul baladei mi-l scrie
Un proaspăt coleg de spital,
Că eu, pîn-acum nu se știe,
Cînd iarăși voi sta vertical,
Și iarăși voi fi în măsură
Să scriu la birou liniștit.
Semnez pîn-atunci prin procură
EU, fost pietonul grăbit.

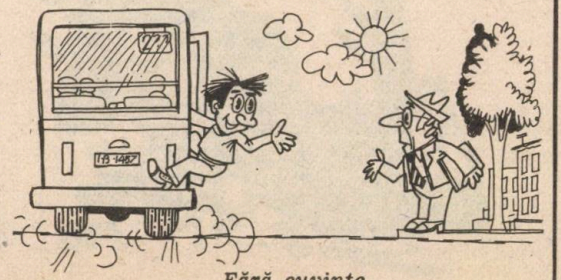
FLORIN IORDĂCHESCU





Desene de Nic Nicolaescu





Fără cuvinte

Onomatopeică

Tu ! Tu ! face de-un ceas motocicleta.
Viu ! Viu ! răspunde tot de-un ceas Georgeta.
Of ! Of ! blestemă toți vecinii ei.
Ham ! Ham ! latră furios de-un ceas Grivei.
Hîr ! Hîr ! se-aude după-un ceas, în fine.
Uf ! Uf ! se-aude-n casele vecine.
Toc ! Toc ! răsună un pupic în bot.
Bay ! Bay ! către părinți și asta-i tot.

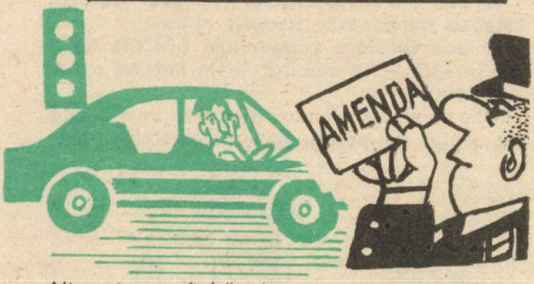
Vij ! Vij ! curentul face în timpane.
Mu ! Mu ! fugind rag vitele sărmane.
Ga ! Ga ! fac giștele fugind convoi.
Mac ! Mac ! a mai făcut un biet rățoi.

Fiu !... Fiu !... se miră fluierînd țăranul.
Stop ! Stop ! le face semn milițianul,
Ha ! Ha ! un ris se-aude, masculin,
Hi ! Hi ! răspunde unul feminin.
Groh ! Groh ! mai face o purcea obeză.
Scirț ! Scirț ! o frînă pusă în viteză.
Bum ! Bum ! Poc ! Poc ! Krak ! Trosc ! și apoi **Kranț !**

Vai ! Vai ! și aoleu ! se-aude-n șanț.
Cioc ! Boc ! zadarnic cearcă s-o repare,
Hăis, cea ! Hăis, cea ! se-aude-n depărtare.
Hei rup ! greu urci motocicleta-n car.
„**Ța bouleni !** cu ei la dispensar".

Azi are minus patru dinți Georgeta,
La fiare vechi e-acum motocicleta,
Piciorul lui e-n ghips ; pe-o lună doar.
Toc ! Toc ! face bastonul pe trotuar.

Leacul



Nimeni n-ar fi bănuit,
Cînd pe drum l-ar fi-ntîlnit,
Că ar suferi de-o tară
De natură oculară.

Boala lui era aparte :
De văzut vede departe
Orice doamnă, orice june,
Și de-i blondă sau e brună.

Doar la stopuri cam greșea :
Nu vedea ce arăta
Și-ncurca de multe ori
Respectivele culori.

Doctorii l-au consultat,
Babele l-au descîntat,
A luat ceai de la Plafar,
Însă totul în zadar,

Pînă ce-ntr-o bună zi
Amendat, pe loc plăti
Și, de-atunci — fenomenal —,
Vede și la stop normal.

FLORIN IORDĂCHESCU

Ce trebuie să știm despre HIPOTENSIUNEA ARTERIALĂ ?

S-a vorbit și s-a scris mult despre **hipertensiunea arterială,** boală extrem de răspîndită (ea afectează cel puțin 10% din populația lumii) și cu implicații importante (factor de risc major pentru cardiopatia ischemică sau pentru accidentele vasculare cerebrale).

Din nefericire, despre „scăderile" tensiunii arteriale, despre **hipotensiunea arterială,** boală cu o extindere mai mică (circa 2—4% din populație), știm mai puțin.

Există diferite tipuri de hipotensiune arterială, pe care e bine să le cunoaștem, deoarece semnificația lor prognostică este variabilă.

Cînd vorbim de hipotensiune arterială ?

Incertitudinea care a domnit cu privire la cifrele tensionale (ale tensiunii arteriale maxime — **sistolice** —, sau minime — **diastolice—)** de la care se poate vorbi de o hipertensiune arterială se regăsește și în cadrul definirii hipotensiunii arteriale.

Majoritatea cercetătorilor consideră că această etichetă diagnostică poate fi aplicată tuturor celor ce au o tensiune arterială sistolică mai mică de 100 mmHg și una diastolică mai mică de 60 mmHg. Unii apreciază că limitele acestea pot fi crescute (pînă la 110 mmHg) pentru tensiunea maximă și scăzute (pînă la 55 mmHg) pentru tensiunea minimă. De fapt se apreciază că aici intervine vîrsta și, legat de aceasta, se poate vorbi de hipotensiune arterială :

— între 10—19 ani, valori mai mici ale TA decît 90/50 mmHg ;

— între 20—30 ani, valori sub 100/55mmHg;

— la pacienții de peste 40 de ani, cifre sub 110/60 mmHg.

Cum clasificăm hipotensiunea arterială ?

Similitudinea cu hipertensiunea arterială se întîlnește și în acest caz. Astfel, se poate vorbi de o **hipotensiune arterială secundară,** în condițiile în care această scădere a tensiunii arteriale constituie un simptom în cadrul unei boli bine stabilite. Dacă nu se poate stabili nici o corelație cu o anumită boală, vom eticheta **hipotensiunea ca esențială.**

Proporția reală a hipotensiunii arteriale este greu de precizat, ca și în cadrul hipertensiunii, deoarece un mare contingent de bolnavi sînt asimptomatici și nu simt nevoia să li se ia tensiunea arterială. Se amintește, în acest sens, că mulți șerpași, care fac oficiul de ghizi în Nepal, pentru cei ce încearcă să escaladeze munții Himalaia, sînt hipotensivi, dar fără ca boala să le producă vreun simptom, care să le atragă atenția.

Putem să conchidem, deci, că există :

— în funcție de cauză :

- o hipotensiune arterială **secundară ;**
- o hipotensiune arterială **esențială ;**

— în funcție de durată :

- o hipotensiune arterială **paroxistică;**
- o hipotensiune arterială **permanentă.**

Este de amintit o formă specială de hipotensiune, și anume aceea care apare cînd bolnavul stă în picioare (și nu cînd stă alungit), formă care poartă numele de **hipotensiune ortostatică.**

Majoritatea cercetătorilor care au studiat hipotensiunea arterială au remarcat, mai ales pentru hipotensiunea arterială permanentă, esențială, caracterul ei mai blînd. În acest sens se apreciază că media duratei de viață e mai mare la **acestea** decît la subiecții normotensivi.

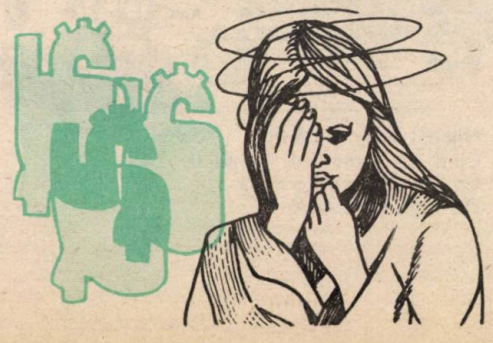
În sfîrșit, pentru a completa clasificarea hipotensiunii arteriale ortostatice, trebuie să amintim că și ea poate constitui una din manifestările unei boli bine precizate (hipotensiunea arterială ortostatică secundară) sau nu poate fi legată de o anumită afecțiune (hipotensiunea arterială ortostatică esențială).

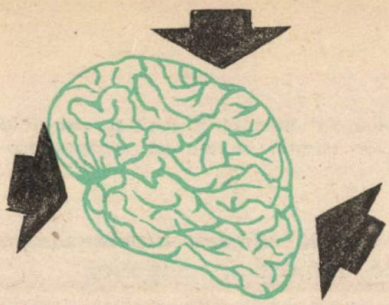
Cîteva date despre hipotensiunea arterială secundară

Bolile, care se însoțesc cel mai frecvent de o hipotensiune arterială, pot fi grupate astfel :

— **boli cardiovasculare :**

- infarctul miocardic (scăderea tensiunii arteriale depinde de cantitatea de miocard al ventriculului stîng, scoasă din funcțiune ; se consemnează faptul că o infarctizare care scoate din funcțiune cel puțin 40% din miocard provoacă o prăbușire a tensiunii arteriale, **șocul cardiogen,** inima nu-și mai poate îndeplini funcția sa de pompă și moartea survine în aproape 100% din cazuri) ;
- boli ale miocardului (miocardite toxice, infecțioase sau boli ale miocardului fără o cauză aparentă — așa-numitele **cardiomiopatii primitive**) ;
- boli ale pericardului, în special ceea ce numim o **tamponadă cardiacă** (adică o mare cantitate de lichid între cele 2 foițe ale pericardului, care face ca inima să nu se mai poată relaxa complet și deci să nu se mai poată umple în timpul diastolei) ;
- boli ale endocardului (stenoza aortică, stenoza pulmonară, stenoza mitrală) ;
- boli cardiace congenitale (însoțite de o albăstreală — o cianoză — în special a extremităților) ;
- embolia pulmonară (plecarea unui cheag de sînge, de obicei de la membrele inferi-





oare, şi oprirea lui în una din ramurile arterei pulmonare) ;

● tulburări de ritm şi de conducere ale inimii etc.

Este de semnalat că uneori sînt bolnavi la care excitarea arterelor de la gît poate să provoace o scădere a tensiunii, cu rărirea bătăilor inimii (unii au numit această situaţie „boala gulerelor tari) ;

— **boli endocrine :**

● se pot însoţi de hipotensiune cînd glanda hipofiză este afectată (în timpul sarcinii sau al unor tumori, care necesită scoaterea chirurgicală a hipofizei). Pentru că şi celelalte glande (tiroida, suprarenala, gonadele) sînt sub influenţa hipofizei, se produce o insuficienţă funcţională a lor, acompaniată de hipotensiune ;

● în boala Addison (acei bolnavi a căror piele începe să se înnegrească şi se simt foarte obosiţi) există, de regulă, o scădere a tensiunii arteriale ;

— **boli neurologice :**

● în această categorie intră o serie de boli, cum ar fi : polinevritele, siringomielia, miastenia etc.

Utilizarea, de regulă îndelungată, a unor medicamente poate induce hipotensiune arterială. În acest sens sînt : medicamentele vasodilatatoare (Hipopresol, nitroglicerina şi derivaţii săi), diureticele (Furantril, Nefrix etc.), chinidina, vincristina etc.

Tratamentul, se înţelege, se adresează în primul rînd tratării cauzei care a condus la scăderea tensiunii arteriale.

Uneori este necesar să folosim unele din medicamente cu indicaţie în hipotensiunea arterială esenţială.

Hipotensiunea arterială esenţială

Poate, adesea, să nu fie însoţită de nici un simptom.

Uneori există anumite manifestări, pe care diverşi autori le-au grupat în două „sindroame" :

Sindromul Bradburg-Eggleston :

— survine de obicei la bătrîni ;

— hipotensiunea e mai netă cînd bolnavul stă în picioare şi nu este însoţită de o accelerare a bătăilor inimii (aşa cum se înregistrează la subiecţii normali) ;

— alte simptome : ameţeli, tulburări de vedere, tendinţă la cădere, sau chiar căderea, de obicei în primele ore ale dimineţii ;

— uneori, bolnavii au o scădere a sudoraţiei pielii, o impotenţă sexuală sau pierd urina sau / şi fecalele.

Sindromul Shy-Drager : are o simptomatologie asemănătoare cu precedentul, dar interesează sistemul nervos, mimînd o boală Parkinson.

Tratamentul are în vedere, în primul rînd, un regim de viaţă normal, cu perioade raţionale de repaus fizic şi intelectual, cu practicarea exerciţiilor fizice. Purtarea unor ciorapi elastici este indicată, în special la bolnavii care au şi varice ale membrelor inferioare.

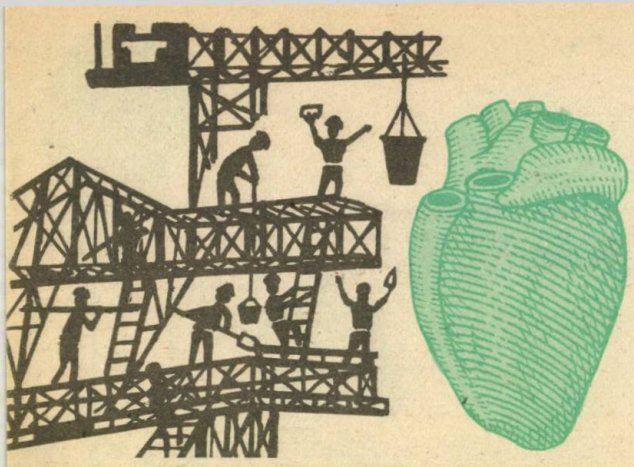
Tratamentul medicamentos este logic să se aplice numai pacienţilor cu simptome şi, în acest sens, se recomandă : medicamente care cresc tensiunea arterială şi accelerează bătăile inimii **(Efortil,** 3 x 1 tabletă, înaintea meselor) ; **Tiramină** (sau în lipsa ei se recomandă consum de brînză) ; **Efedrină** (tablete de 50 mg, 3 pe zi) ; extrase de suprarenale **(Mincortid,** o fiolă la 2—3 zile i.m., cu grijă, pentru că reţine sarea şi apa şi dă edeme — umflarea picioarelor).

Pe scurt despre hipotensiunea arterială ortostatică secundară

Cauzele care provoacă scăderea tensiunii cu mai mult de 20 mmHg cînd bolnavul trece din poziţia „culcat" în poziţia în „picioare", pot fi astfel grupate :

— tulburări ale sistemului nervos central sau periferic, consemnate în :

- diabet zaharat ;
- alcoolism ;
- uremie ;
- deficit în vitamina B_2 ;
- sifilis al măduvei spinării ;



- anemie pernicioasă ;
- boala Parkinson ;
- la bolnavii care au stat imobilizați timp îndelungat la pat sau la bătrîni, debilitați ;
- la pacienții cu varice, care provoacă o acumulare a sîngelui în membrele inferioare ;
- la gravide, la care sarcina apasă pe vena cavă inferioară și se reduce circulația venoasă ;
- la bolnavii cu arterită, cărora li s-a practicat o intervenție chirurgicală (simpatectomie) pe sistemul nervos simpatic, pentru a împiedica acțiunea vasoconstrictivă a acestuia.

De remarcat este faptul că tabesul (boală de origine sifilitică) poate să provoace o hipotensiune ortostatică sincopală (bolnavii la ridicarea în picioare cad și își pierd cunoștința). Asupra acestei forme de hipotensiune ortostatică a insistat neurologul român Anghel Radovici.

O proporție mare de hipotensiuni ortostatice o generează luarea unor medicamente: ganglioplegice (de tipul Ganlion), guanetidin, antihipertensive (Hipazin, Hipopresol, Clonidin) — în tratamente intense și asociate cu diuretice, — medicamentele somnifere etc.

Am vrea să insistăm asupra a două medicamente : Chinidina și Minipres (Prazosin). Primul are o acțiune depresivă asupra miocardului și poate, în doze mari (de cele mai multe ori), să dea o scădere a tensiunii arteriale sau chiar un „șoc chinidinic" (o scădere a tensiunii arteriale sistolice sub 80 mmHg). Cel de-al doilea se utilizează în tratamentul hipertensiunii arteriale sau al insuficienței cardiace. El dă o hipotensiune ortostatică „a primei zile", adică după prima doză luată. Pentru acest motiv se recomandă ca medicamentul să fie administrat în doză foarte mică (la început 1 mg) și seara, la culcare, iar ulterior dozele să crească progresiv.

Cîteva cuvinte despre hipotensiunea arterială ortostatică idiopatică

Evident, în această formă nu există o boală de acompaniament, care să justifice scăderea tensiunii în picioare (în ortostatism).

Ritmul cardiac de regulă nu se modifică prin schimbarea de poziție, bolnavii nu transpiră și se plîng de impotență sexuală.

Boala este rară și se întîlnește mai frecvent la bărbați. Ea evoluează progresiv, cu amețeli, tulburări de vedere, scăderea transpirației, tulburări ale urinatului, tulburări de mers, de vorbire, tremurături etc.

Evoluția este gravă și moartea poate să survină pînă la 10 ani de la debut.

Cîteva indicații de tratament în hipotensiunea arterială ortostatică

Și aici se păstrează principiul că lipsa simptomelor nu impune tratarea bolii.

Bolnavul este bine să păstreze o poziție ridicată a capului și a părții superioare a trunchiului în timpul nopții.

Se recomandă o comprimare a membrelor inferioare și a părții inferioare a corpului (ciorapi elastici, bandaje).

Medicamentele recomandate sînt :

— **Acetatul de fluorocortizon.** Este medicamentul de elecție (în doza de 0,1 mg pe zi, crescîndu-se progresiv, pînă la 1 mg/zi). Nu se administrează în hipertensiunea arterială și în insuficiența cardiacă ;

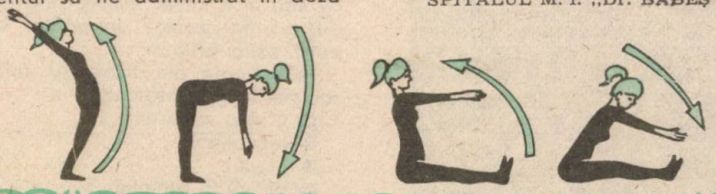
— **Tiramina,** care se folosește concomitent cu consumul de brînzeturi ;

— **Indometacinul,** 3—6 comprimate pe zi, după mese, dar s-a remarcat că la 48 de ore de la abandonarea medicamentului hipotensiunea ortostatică reapare ;

— **Propranololul** (în doză de 40—80 mg/zi, repartizat în 3 doze) sau **Oxpronololul** (40—80 mg/zi) dau rezultate bune ;

— **Efedrina, Fenilefrina sau Metaraminolul** dau rezultate bune, numai în asociere cu medicamentele amintite anterior.

Dr. OVIDIU OPRIAN și
dr. PAULA I. POGĂCEANU
SPITALUL M. I. „Dr. BABEȘ", BUCUREȘTI



Vocabular „MEDICAL"
...AL UNORA

Un mofturos

Zice că nu vrea injecții,
Că nu suportă nici frecții
Și că, dacă ceva-l doare,
Își pune... **compozitoare.**

Un temător

La Policlinică a venit,
Pentru că se temea cumplit,
Să nu aibe, cumva, ca boală,
Concluzie... intestinală.

O rușinoasă

Medicului îi spune-n șoapte,
Că soțul ei, în astă noapte,
Fără ca cineva să știe,
S-a trezit cu... o **Melanie.**

O grijulie

— Să duc copilul la țară,
— Mi s-a spus — să-l scot din casă,
Căci s-a constatat că are
Anemie... **pricinoasă.**

Un prevăzător

– Cu nervii stă cam prost nevasta
Pe care vreți s-o operați,
Așa că, dacă-i faceți asta,
Vă rog să o... **amenajați.**

Un soț care știe...

— Ronțăind mereu bomboane,
După poftă, după toane,
S-a trezit consoarta mea
Cu un... **acces** la măsea.

O indiscretă

După palpări repetate,
Prin părțile delicate,
Mi-a spus doctorul, de-odată,
C-aș avea... o **anexată.**

ION VULPESCU

CURA BALNEOCLIMATICĂ ÎN BOLILE CRONICE ALE APARATULUI RESPIRATOR

Afecțiunile cronice ale aparatului respirator (bronhopneumopatia obstructivă, care include bronșita cronică nespecifică și emfizemul pulmonar, astmul bronșic, bronșiectazia, pneumoconiozele, fibrozele interstițiale difuze, sindroamele posttuberculoase etc.) dețin un loc important în patologia umană. Prin frecvența și deseori gravitatea lor, prin incapacitatea de muncă și consecințele economico-sociale severe pe care le provoacă, această categorie de boli constituie o preocupare de prim ordin pentru numeroase servicii medicale, ca și pentru organele responsabile de sănătate publică. Epoca modernă în care trăim a adus, odată cu ritmul impresionant de urbanizare, industrializare, intensificarea transporturilor auto, înmulțirea șantierelor de construcții etc., și o substanțială creștere a gradului de poluare atmosferică agresivă cu praf, pulberi, fum, gaze, vapori, substanțe chimice volatile, în special în marile aglomerări umane, alături de care practicarea pe scară largă a fumatului contribuie la extinderea bolilor menționate, în toate țările lumii.

Dacă achizițiile de medicamente noi (antibiotice, bronhodilatatoare, corticosteroizi) au influențat favorabil, în majoritatea cazurilor, evoluția manifestărilor respiratorii cronice, constatările și experiența acumulată cu timpul în numeroase stațiuni balneoclimatice, prin folosirea judicioasă a resurselor naturale și a diverse proceduri de fizioterapie, au evidențiat concludent participarea acestora la ameliorarea funcției respiratorii, recuperarea capacității de muncă și prevenirea îmbolnăvirii persoanelor expuse unor factori de risc. Totodată trebuie subliniat și faptul că suferințele de la nivelul căilor aeriene superioare, din sfera ORL (rinofaringite, sinuzite, laringite), deseori asociate afecțiunilor bronhopulmonare pe care le întreține, pot beneficia de asistență în aceleași stațiuni balneoclimatice.

Aceste staţiuni balneoclimatice, foarte numeroase şi răspîndite pe întreg cuprinsul ţării, dispunînd de instalaţii moderne şi valorificînd în condiţii optime factorii naturali cu care sînt înzestrate, reprezintă o sursă deosebit de eficientă pentru ocrotirea sănătăţii şi pot asigura îngrijirea unui profil foarte variat de boli (cardiovasculare, digestive, reumatismale, urogenitale, nervoase, endocrine etc.). Dintre staţiunile care oferă asistenţă specializată bronhopneumopatiilor cronice în regiuni de altitudine joasă sau medie, trebuie menţionate, în primul rînd, Govora şi Slănic-Moldova, apoi Olăneşti, Călimăneşti-Căciulata, Herculane, Sîngeorz, Borsec, Băltăteşti, iar în climatul de litoral, Eforie Nord, Mangalia, Techirghiol şi Neptun.

În cadrul primei categorii, cura efectuată în scop terapeutic şi de recuperare se bazează pe două elemente : bioclimatul sedativ *al zonelor cu vegetaţie abundentă, cu aer curat, lipsit de impurităţi şi de particule alergizante, bogat în oxigen şi puternic ionizat, cu presiune atmosferică mai scăzută şi radiaţie solară crescută, umiditate moderată şi temperatură medie convenabilă, şi* ape minerale *alcaline, provenite din izvoare naturale captate sau din sonde forate, cu compoziţie chimică diferită (sulfuroase simple sau slab iodurate, clorurate sodice, bicarbonatate simple sau clorurate), care împreună influenţează favorabil componentele inflamatorie, infecţioasă sau alergică ale mucoasei traheobronşice şi ale căilor aeriene superioare, ameliorînd ventilaţia pulmonară, schimburile gazoase şi activitatea mecanismelor de autoapărare ale aparatului respirator.*

În funcţie de obiectivele urmărite, de gradul de interes general sau local al staţiunii, de resursele naturale şi dotarea de care dispune aceasta, se pot efectuat următoarele proceduri :

— aerosoloterapie prin ultrasunete, cu diverse ape minerale ;

— inhaloterapie prin vaporizare, în camere special amenajate ;

— gimnastică respiratorie complexă, toracică sau abdominală ;

— crenoterapie prin consumul unor ape minerale ;

— drenaj postural (plasarea toracelui în poziţii potrivite pentru eliminarea secreţiilor bronşice) ;

— kinetoterapie în sală şi mişcare pe trasee cu teren variat şi mers gradat progresiv pentru creşterea capacităţii de efort ;

— aplicarea de radiaţii artificiale ultraviolete şi infraroşii pe torace ;

— hidroterapie externă prin băi cu ape minerale sau plante medicinale ce conţin uleiuri volatile ;

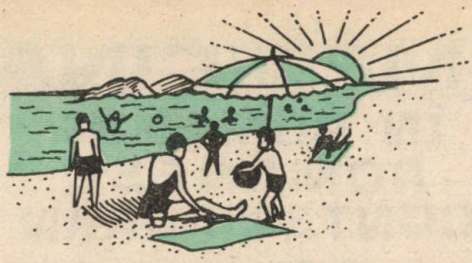
— înot terapeutic în bazine şi bicicletă ergometrică ;

— la nevoie, oxigenoterapie sau respiraţie în aparate cu anumit tip de presiune, acupunctură, homeopatie, metode de relaxare neuropsihică şi tonifiere a sistemului nervos.

În regiuni împădurite sînt situate şi staţiunile Tg. Ocna, Slănic-Prahova şi Praid (jud. Harghita), de care pot beneficia forme de boală cu caracter alergic (astm, bronşită, rinosinuzite), datorită microclimatului de salină, fără alergeni şi curenţi de aer, cu temperatură şi umiditate constante, prezenţă mai crescută a aerosolilor de sodiu, calciu şi a concentraţiei bioxidului de carbon, stimulent al centrului respirator din creier, şi cu posibilitatea ca în cele 4 ore de introducere zilnică în subteran să se poată efectua exerciţii de gimnastică, lectură, jocuri distractive.

De asemenea, în afară de localitatea Călimăneşti-Căciulata, bolnavii care suferă de pneumoconioze, în special de silicoză, mai pot beneficia şi de staţiunile Voineasa din jud. Vîlcea şi Soveja din jud. Vrancea, staţiuni cu bioclimat subalpin, profilate pentru odihnă şi tratamentul nevrozei astenice, datorită atmosferei cu aer curat, lipsit de praf şi alergeni.

În sfîrşit, trebuie subliniat şi rolul binefăcător al unor staţiuni montane cunoscute, recomaandate în general pentru odihnă, ca Poiana Braşov, Borşa, Breaza, Cheia, Cîmpulung, Izvoarele-Maramureş, Păltiniş-Sibiu, Poiana Mărului, Predeal, Stîna de Vale, Vatra Dornei, Vălenii de Munte. Majoritatea din ele, lipsite de ape minerale terapeutice, avînd însă un bioclimat tonic stimulent, cu presiune atmosferică şi a oxigenului mai scăzute, cu aer bogat în radiaţii ultraviolete, puternic ionizat şi încărcat cu aerosoli terpenici din pădurile de conifere, pot influenţa favorabil unele stări patologice, ca nevrozele respiratorii ce simulează astmul, formele recidivante ale rinosinuzitelor alergice, rinofaringite, laringite, bronşita astmati-



formă. De asemenea, pot preveni apariția unor manifestări clinice la persoane cu risc crescut de îmbolnăvire (cifoscolioză dorsală, obezitate, aderențe sau simfize după pleurezii, sechele după intervenții chirurgicale sau traumatisme toracice), fumători și muncitori expuși noxelor profesionale din industria chimică, textilă, extractivă, metalurgică, construcții, ca și a celor ce prestează activități la temperaturi ridicate (panificație, sticlărie, ceramică) sau coborîte (industria petrolului, forestieră). Cunoscîndu-se importanța factorului psihic (stări de tensiune nervoasă, surmenaj fizic și intelectual) în întreținerea unor boli severe, ca astmul bronșic, apare ca deosebit de important caracterul sedativ al bioclimatului din stațiunile de deal și munte, care, acționînd direct asupra tulburărilor neuropsihice, contribuie la ameliorarea dificultăților respiratorii și restabilirea echilibrului biologic.

În ceea ce privește climatul de litoral marin, *cu însorire puternică și precipitații reduse în sezonul cald, ionizare crescută, bogat în aerosoli salini, brize de mare și de uscat, și cu ape sulfuroase, sodice, clorurate, alcătuind un ansamblu cu efect stimulent asupra organismului, este indicat nu numai pentru profilaxia bolilor respiratorii, ca în trecut, ci și în scop terapeutic, pentru combaterea unor tulburări inflamatorii sau alergice ale căilor aeriene superioare și inferioare (rinosinuzite, rinofaringite, astm bronșic, forme uscate de bronșită cronică sau bronșiectazie).*

Ca metode de tratament sînt practicate :

— aerohelioterapia și talasoterapia pe plaje amenajate ;

— aerosoli cu apă sulfuroasă și bogați în clorură de sodiu ;

— gimnastică medicală ;

— kineto-, electro- și hidroterapie, ca măsuri adjuvante.

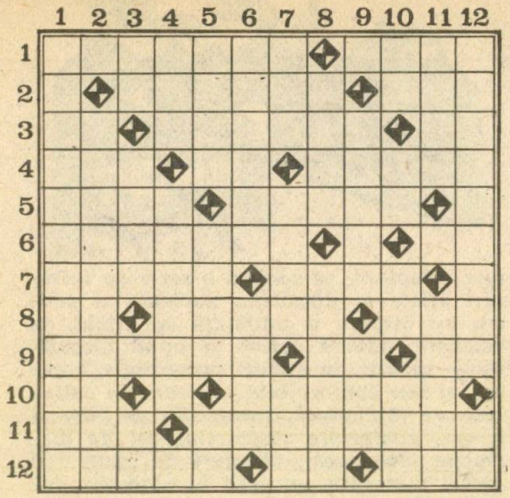
Dacă la varietatea factorilor naturali și la multitudinea instalațiilor care permit cadrelor medicale să desfășoare o activitate complexă, se adaugă o serie de înlesniri aflate la dispoziția pacientului pentru a-i asigura o ambianță agreabilă, de relaxare, odihnă activă și bună dispoziție — cazarea în unități sanatoriale, hoteluri și vile confortabile, mijloace de culturalizare (bibliotecă, spectacole de film și teatru, conferințe instructive) și de distracție (discotecă), terenuri de sport și jocuri mecanice, excursii la obiective turistice din împrejurimi —, se poate aprecia locul pe care-l ocupă și aportul valoros al acestor baze medicale în asistența bolnavilor respiratori cronici.

O problemă importantă care depinde de decizia medicală o reprezintă efectuarea ideală a unei cure duble, mai întîi în climatul stimulent marin și apoi, în continuare, în zonele împădurite, sedative și de călire, beneficiul de pe litoral fiind astfel consolidat la munte.

În concluzie, se poate afirma că în prezent, datorită efectelor dăunătoare frecvent înregistrate, ca urmare a acțiunii noxelor aeriene, mediul înconjurător a devenit o preocupare publică de mare actualitate, relația om-mediu fiind tot mai mult cercetată și dezbătută. Înmulțirea surselor generatoare de poluanți atmosferici cu potențial iritant, toxic, infecțios sau alergizant pentru sistemul bronhopulmonar au impus aplicarea unor metode de apărare colectivă și individuală. Și dacă păstrarea în condiții optime a ambianței în care muncim și trăim înseamnă o viață mai bună, în aceeași măsură stațiunile balneoclimatice, în care numărul celor veniți la cura periodică de 18 zile crește cu fiecare an, prin valoarea rezultatelor medicale obținute, cu evidente consecințe economico-sociale favorabile, reprezintă un important și eficient element terapeutic, de ocrotire a organismului și creștere a rezistenței aparatului respirator la agresiunile mediului înconjurător, un adevărat izvor de sănătate.

Dr. G. UNTEANU

Medic primar



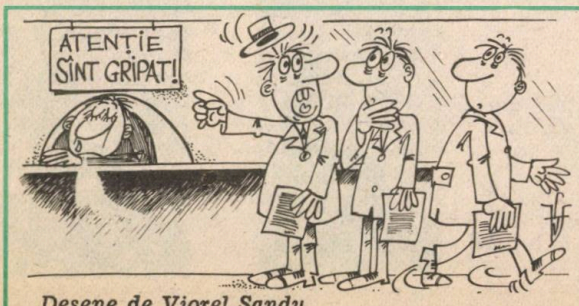
MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN

Orizontal : 1. Prozator român contemporan, autorul romanului „Zilele", povestea unui medic care înțelege, dincolo de orice aspirații meschine de confort, să-și îndeplinească misiunea, în ciuda obtuzității unei soții egoiste (Radu) — „...o lungă și grea suferință", roman de B. Elvin, în care pretextul polițist al unei anchete în jurul unui înecat e folosit pentru o analiză a eșecului individului contemporan prin succesul social. 2. Studenta din ultimul an la medicină, eroină a romanului „Fericirea", de Ion Istrati (Păun) — Eminentul cercetător din romanul „Orgolii", de Augustin Buzura, pasionat de problema găsirii unui citostatic pentru vindecarea cancerului (Cristian). 3. Niște începătoare ! — Autorul romanului „*Trandafirii voluntari ai Sodomei*", în care ni se prezintă o alegorie apocaliptică a lumii viitorului, căreia îi sînt caracteristice mașinismul, boala și poluarea (Tibor) — Rănit la cap ! 4. Riu în U.R.S.S. — Mort pe jumătate ! — Medicul stomatolog din romanul „Piinea inimii", de Mihail Șerban (Ștefan). 5. Insulă pe coasta Norvegiei — „...meu Ulise", roman de Traian Coșovei, de fapt o reconstituire lirică a personalității unui artist rămas în stadiul de virtualitate din cauza unei maladii incurabile (neart.). 6. Care poate fi mărturisit — Precum. 7. Soția medicului Imre din romanul „Vatra încinsă", de Berde Mária, care participă la războiul ca infirmieră — Literă chirilică. 8. Spitalul central ! — Pe el se proiectează filmele — Neîntrecuți. 9. Prietenul lui Ionaș din romanul „Piinea inimii", de Mihail Șerban, un eminent chirurg (Ion) — Parte de cuvînt ! — Dumneata, prietene. 10. Ibis ! — Doctorul, un personaj memorabil, din romanul „Vînătoare regală", de D. R. Popescu (Ștefan). 11. Autorul romanului „Durerile altora" (Nicolae) — Medic din romanul „Risipitorii", de Marin Preda (Petru). 12. Autorul romanului „Prin ce se deosebește această noapte", în care medicul Virgil Lucaci își părăsește profesiunea hipocratică pentru o carieră administrativă (B.) — S-aude... la dentist — Împrejurare.

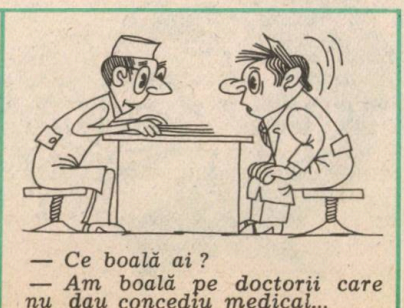
Vertical : 1. „...doctorului B.A.", titlul unui ciclu de romane din creația lui V. Em. Galan (neart.). 2. „Accidentul era...", titlul vol. III din ciclul amintit anterior. 3. Fără coadă... la O.R.L. ! — „...ciumei", roman de Szemlér Ferenc — E ceva cu ea ! 4. Studentul medicinist din romanul „Pînză de păianjen", de Cella Serghi — „...de lut", roman în care Demostene Botez ne prezintă pe Petru Voicu, care dintr-un vînzător de ziare va ajunge un remarcabil chirurg. 5. Logodnicul doctoriței Clara Vogel din romanul „Trei ceasuri în iad", de Leonida Plămădeală — Fructe cărnoase, cu miezul zemos, în care se află semințele — Semnat la mijloc ! 6. Populație din Africa — Tînărul intelectual din romanul „Întunecare", de Cezar Petrescu, înstrăinat de societatea sa prin mutilarea fizică și morală provocată de război, care sfîrșește prin a se autosuprima (Comșa). 7. Interjecție — Doctorul-profesor universitar din romanul „Vestibul", de Alexandru Ivasiuc — Tînără infirmieră din romanul „Stații în cîmpiile dezordinii", de Mihai Tunaru. 8. Arbust — A face cunoscut. 9. Urare făcută la o masă — În viață. 10. Spui în final ! — Nota redacției — Servește ! — Apă stătătoare. 11. Medicul dotat din romanul „Prin ce se deosebește această noapte ?", de B. Elvin (Lucian) — Tînăra care suferă o intervenție pe cord deschis, în romanul „Vara", de Nicolae Damian. 12. Medicul din romanul „Știi, Lavinia, caracatițele...", de Leonida Neamțu — Folosință.

Dicționar : TNA, RENO, EATI, NILOTI, UCI.

ADAM STOICA



Desene de Viorel Sandu



— Ce boală ai ?
— Am boală pe doctorii care nu dau concediu medical...

În ajutorul gospodinelor

REȚETE DIETETICE

1. Pentru a veni în ajutorul persoanelor care suferă de anumite afecțiuni ce impun un regim hiposodat (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă, nefrite etc.), prezentăm mai jos cîteva exemple de preparate culinare dietetice, calculate pentru o singură persoană.

SUPĂ DE ROȘII CU FIDEA

Cantități : 250 g roșii, 15 g fidea, 5 g zahăr, 10 ml untdelemn, pătrunjel verde.

Roșiile se spală și se pun la fiert în puțină apă. După ce au fiert se pasează și, împreună cu untdelemnul și zahărul, se pun într-un vas cu aproximativ 300 ml apă (de preferat supă de zarzavat). Cînd clocotește se adaugă fideaua ruptă în bucăți și se lasă să fiarbă, amestecînd, din cînd în cînd, pentru ca să nu se prindă de pereții vasului. La urmă se adaugă frunze de pătrunjel spălate și tocate fin. Supa se poate servi și cu smîntînă sau iaurt.

SALATĂ DE CRUDITĂȚI CU SMÎNTÎNĂ

Cantități : 140 g sfeclă roșie, 60 g mere, 60 g pătrunjel (rădăcină), 60 g morcovi, 125 g salată verde, 30 g ardei gras, 40 g smîntînă, oțet de fructe, verdeață.

Sfecla roșie, pătrunjelul și morcovii se curăță de coajă, se spală bine și se rad. Merele se spală și se rad cu coajă. Apoi se adaugă peste zarzavatul ras. Se adaugă smîntîna și se amestecă ușor. Pe o farfurie se așază frunzele de salată verde, bine spălate și stropite cu puțin oțet, peste ele se pune salata de crudități și se ornează cu ardei grași spălați și tăiați fîșii subțiri. Pe deasupra se presară verdeața, bine spălată și tăiată mărunt.

DOVLECEI UMPLUȚI CU OREZ

Cantități : 200 g dovlecei, 75 g orez, 50 g roșii, untdelemn, verdeață.

Dovleceii se curăță, se spală și se taie în două. Se curăță în interior de semințe și se umplu cu orez, care în prealabil a fost pe jumătate fiert. Roșiile, după ce au fost spălate, se taie felii și se pun peste dovleceii umpluți, iar pe deasupra se toarnă puțină apă și se stropesc cu untdelemn. Totul se dă la cuptor. Cînd se servesc se presară verdeața spălată și tocată.

MÎNCARE DE FASOLE VERDE

Cantități : 300 g fasole verde, 10 ml untdelemn, 20 g ceapă, 100 g roșii, verdeață.

Fasolea verde se curăță și se spală. Ceapa se curăță, se spală, se taie rotund și se pune în tigaie uscată, pînă se rumenește puțin. Fasolea și ceapa se pun la fiert, împreună cu untdelemnul, pînă ce fasolea s-a muiat complet, după care se adaugă roșiile spălate și tăiate felii. Se mai dă într-un clocot. La sfîrșit se presară verdeața spălată și tăiată.

VINETE CU OREZ

Cantități : 350 g vinete, 10 ml untdelemn (și untdelemn pentru prăjit), 10 g făină, 60 g orez, 100 g roșii, usturoi, verdeață.

Orezul se alege, se spală și se fierbe pe jumătate. Separat se spală vinetele, se curăță de coajă, se taie în felii rotunde și se dau prin făină, apoi se rumenesc într-o tigaie cu untdelemn încins (fără să fumege). Se așază într-o cratiță un strat de vinete și unul de orez fiert, peste care se adaugă usturoi curățat și tăiat mărunt, ca și o jumătate din cantitatea de roșii spălate, cojite și tăiate rotund. Pe deasupra se așază un strat de vinete și restul de roșii. Se adaugă untdelemnul și se dă la cuptor. Înainte de servire se presară verdeața spălată și tocată fin.

MÎNCARE DE SALATĂ VERDE

Cantități : 300 g salată verde, 5 g făină, 10 ml untdelemn, 20 g ceapă, 20 g smîntînă, mărar, oțet de fructe.

Salata verde se curăţă şi se spală bine fiecare foaie, în mai multe ape. Apoi se taie şuviţe subţiri. Ceapa se curăţă, se spală şi se taie rotund, după care se înăbuşe, împreună cu salata preparată în untdelemn şi puţină apă. Făina se amestecă cu puţină apă pînă se desface, apoi se toarnă peste salata înăbuşită. Se mai toarnă supă de zarzavat (sau apă) pînă acoperă salata, adăugîndu-se şi mărarul curăţat, spălat şi tăiat mărunt. Se fierbe la foc mic. Cînd este aproape gata, se pune oţetul, după gust. Se amestecă continuu ca să nu se prindă de vas. Se serveşte cu smîntînă. Se mai poate servi şi garnitură pe lîngă preparate din carne (friptură, ruladă, perişoare etc.).

DOVLECEI PRĂJIŢI

Cantităţi : 350 g dovlecei, 10 g făină, 50 g iaurt, untdelemn (pentru prăjit), mărar, usturoi, oţet de fructe.

Dovleceii se curăţă de coajă, se taie felii rotunde, se trec prin făină şi se prăjesc în untdelemnul încins (fără să fumege). Apoi se aşază într-un castron în care vor fi serviţi. Pe deasupra se presară mărarul curăţat, spălat şi tocat mărunt. De asemenea, se mai adaugă usturoiul curăţat şi tăiat foarte fin, stropit cu puţin oţet de fructe. La servire, se adaugă iaurtul. Dovleceii astfel preparaţi se pot servi simpli sau garnitură pe lîngă preparate din carne (friptură, şniţel, chiftele, ruladă etc.).

SALATĂ DE CRUDITĂŢI CU SOS DE TARHON

Cantităţi : 200 g varză roşie, 60 g mere, 60 g morcovi, 20 ml untdelemn. Pentru sos : 10 g făină, 5 ml untdelemn, 10 g smîntînă, tarhon şi oţet, după gust.

Varza se curăţă, desfăcîndu-se fiecare foaie şi se spală bine în multe ape, apoi se taie în firişoare foarte subţiri şi se freacă cu puţin oţet, pînă se moaie şi îşi lasă zeamă. Morcovii se curăţă, se spală şi se rad. Merele se spală, se rad cu coajă şi se amestecă cu morcovii şi varza preparată mai înainte. La urmă se adaugă untdelemnul. Separat se prepară sosul de tarhon astfel : făina se prăjeşte uscat (fără grăsime), pînă se rumeneşte, apoi se stinge cu supă de zarzavat rece (aproximativ 100 ml) şi se lasă să fiarbă, amestecînd din cînd în cînd, ca să nu se prindă de pereţii vasului. În timp ce clocoteşte, se adaugă untdelemnul şi tarhonul tocat fin. Se mai fierbe aproximativ un sfert de oră. Se ia de pe foc şi se adaugă smîntîna şi oţetul, după gust. Sosul preparat se toarnă peste salata de cruditaţi, care poate fi făcută şi din alte zarzavaturi.

SALATĂ DE FASOLE VERDE CU SOS DE MĂRAR

Cantităţi : 220 g fasole verde (fragedă), 10 ml untdelemn, 10 g făină, mărar.

Fasolea verde se curăţă, se spală, se taie în lung şi se pune la fiert în apă clocotindă. După ce a fiert se scurge de apă şi se pune în farfurie. Pe deasupra se toarnă un sos de mărar preparat astfel : aproximativ 100 ml de zeamă în care a fiert fasolea (sau de la alte zarzavaturi) se strecoară şi se pun la fiert. Cînd clocoteşte se adaugă făina rumenită uscat (fără grăsime). Se mai fierbe 15—20 de minute, amestecînd mereu. La urmă se adaugă untdelemnul şi mărarul spălat, curăţat şi tocat mărunt. Se mai lasă să dea în cîteva clocote, după care se toarnă peste fasolea fiartă.

GELATINĂ DE BRÎNZĂ DE VACI

Cantităţi : 100 g brînză de vaci, 25 g zahăr, 50 ml lapte, zahăr vanilat, gelatină, coajă de lămîie sau de portocală (după gust).

Gelatina se înmoaie aproximativ o jumătate de oră în apă rece, după care se dizolvă în apă fierbinte. Separat laptele fiert se amestecă cu zahărul, zahărul vanilat şi coaja de lămîie sau de portocală. În el se adaugă brînza strecurată prin sită şi gelatina dizolvată. Compoziţia se toarnă într-o formă sau cană umezită şi se pune la rece. După ce s-a întărit şi dorim s-o

servim, forma se cufundă într-un vas cu apă fierbinte. Astfel, gelatina poate fi răsturnată și servită întreagă, avînd un aspect atrăgător.

*
* *

2. Rețetele descrise mai jos sînt calculate pentru o singură persoană, iar cifra din paranteză exprimă cantitatea de glucide în grame. Acestea pot fi folosite de către diabetici și nu numai...

BORȘ DE PERIȘOARE (conține 4 g glucide)

Cantități : 30 g ardei grași, 15 g ceapă, 50 g roșii, 80 g carne de vită, 5 ml untdelemn, 1/4 ou, frunze de țelină și de pătrunjel, leuștean, borș, sare.

Se fierbe separat carnea. Din bulionul de carne obținut, 300 ml se lasă în continuare la fiert. Cînd clocotește, se adaugă ceapa curățată, spălată și tăiată mărunt, ardeii grași spălați și tăiați mărunt și frunzele de țelină spălate și tocate. Se lasă să mai fiarbă 30—40 de minute. Separat, din carnea obținută prin fierbere, se prepară perișoarele, astfel : carnea se dă de două ori prin mașina de tocat, se amestecă cu ou, frunze de pătrunjel tocate și untdelemn. Se fac rotogoale și se adaugă în bulionul de carne clocotind. Se mai lasă să fiarbă aproximativ zece minute, după care se adaugă borșul clocotit, roșiile spălate, cojite și tăiate felii, ca și leușteanul tocat. Se adaugă sarea și se lasă să mai dea în cîteva clocote, după care se servește.

SUPĂ DE CIUPERCI (conține 4 g glucide)

Cantități : 150 g ciuperci, 25 g smîntînă, 1/2 gălbenuș de ou, frunze de pătrunjel, sare.

Se pun la fiert 300 ml bulion de carne. Separat se curăță ciupercile și se spală bine în mai multe ape, după care se pun la fiert în apă clocotindă. După ce au fiert se scurg de apă, se taie mărunt și se pun în bulionul de carne clocotind. Se mai dau în cîteva clocote, după care se adaugă verdeața spălată și tocată, ca și sarea, după gust. Se ia de pe foc, se lasă puțin să se răcească, apoi se adaugă gălbenușul amestecat în prealabil cu smîntîna. Se servește imediat.

SUPĂ DE SPANAC (conține 3 g glucide)

Cantități : 100 g spanac, 15 g ceapă, 5 g unt (sau margarină), frunze de pătrunjel, sare.

Spanacul se curăță, se spală bine în mai multe ape și se taie fîșii. Acesta se înăbușe la foc mic cu unt sau margarină, împreună cu ceapa curățată și tăiată mărunt. Se adaugă puțină apă și se fierbe într-un vas acoperit, pînă se moaie spanacul. Apoi se adaugă 300 ml bulion de carne, sare după gust și frunzele de pătrunjel spălate și tocate mărunt.

OMLETĂ CU CAȘCAVAL ȘI SALATĂ DE ROȘII (conține 8 g glucide)

Cantități : 40 g cașcaval, 15 g ceapă, 120 g roșii, 10 ml untdelemn, 2 ouă, verdeață, sare.

Gălbenușurile se freacă bine, apoi se adaugă cașcavalul ras și albușurile bătute spumă. Se amestecă totul foarte ușor. Se toarnă compoziția într-o formă tapetată cu hîrtie și se coace la un foc potrivit. Cînd este gata se răstoarnă și se servește cu salată de roșii făcută astfel : roșiile spălate și tăiate felii se amestecă cu ceapa spălată și tocată mărunt, cu verdeața spălată și tăiată, sare și untdelemn.

PIREU DE SPANAC (conține 8 g glucide)

Cantități : 400 g spanac, 10 ml untdelemn, 10 g smîntînă, usturoi, sare.

Spanacul se alege, se spală bine în mai multe ape și se pune la fiert în apă clocotindă. Apoi se scurge de apă și se trece printr-o sită ; se adaugă untdelemnul, usturoiul pisat și sarea. Se mai fierbe 10 minute, iar înainte de servire se adaugă smîntîna. Se poate servi garnitură pe lîngă o friptură, rasol, ochiuri românești etc.

SOTE DE VARZĂ CU CHIMEN (conține 12 g glucide)

Cantități : 240 g varză albă, 15 g unt (sau margarină), verdeață, chimen, sare.

Varza se curăță, se spală, se taie în sferturi și se pune în apă clocotită cu sare,

în care s-a pus și chimenul, într-o pungulită de tifon. Varza cînd este fiartă se taie șuvițe subțiri și se amestecă cu verdeața tocată. La servire, pe deasupra se pune unt sau margarină și se poate folosi garnitură lîngă un preparat din carne (friptură, ruladă, perișoare etc.).

SALATĂ DE VARZĂ ROȘIE (conține 12 g glucide)

Cantități : 230 g varză roșie, 10 ml untdelemn, oțet, sare.

Varza roșie se curăță, se spală și se toacă mărunt. Apoi se freacă bine cu sare pînă lasă zeamă. Se amestecă cu untdelemn și oțet (de preferat din fructe), după gust.

SPARANGHEL CU SMÎNTÎNĂ (conține 13 g glucide)

Cantități : 240 g sparanghel, 30 g smîntînă, 100 g roșii, 50 g caşcaval (sau șvaițer), mărar, sare.

Sparanghelul se curăță, se spală, se taie bucăți și se fierbe în apă cu sare. Se așază, pe marginea farfuriei, felii de roșii (tăiate rotund), apoi sparanghelul, în mijloc, iar pe deasupra smîntîna, mărarul tocat și caşcavalul ras.

CREMĂ DE VIȘINE (conține 16 g glucide)

Cantități : 100 g vișine, 25 g frișcă nebătută, gelatină, zaharină (sau ciclamat de sodiu).

Vișinile se aleg, se spală și se curăță de sîmburi. Apoi se fierb și se trec prin sită. Pasta obținută se completează cu apa fiartă, pînă la 100 ml lichid. Se adaugă zaharina dizolvată în apă rece și gelatina muiată și dizolvată într-o lingură de apă fiartă. Totul se amestecă și se dă la rece aproximativ 30 de minute. Apoi se adaugă frișca bătută și se amestecă ușor. Compoziția se toarnă în compotiere. Pe deasupra se ornează cu frișcă, iar în mijloc se pune o vișină. Frișca și vișina pentru ornat se opresc din cantitatea totală.

PIREU DE MERE (conține 25 g glucide)

Cantități : 250 g mere, scorțișoară, zaharină (sau ciclamat de sodiu).

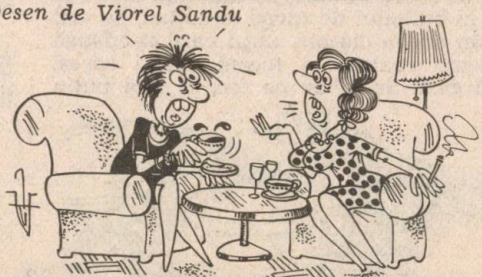
Merele se spală, se curăță de coajă și se taie în bucăți. Apoi se pun la fiert în 200 ml apă. Merele după ce au fiert se trec prin sită, se amestecă cu scorțișoara foarte fin măcinată și cu zaharina dizolvată înainte în puțină apă rece. Compoziția se pune la rece, unde se ține pînă la servire.

Subliniem faptul că prezentarea sub o formă aspectuoasă a mîncării, în funcție de fantezia gospodinei, contribuie la un consum îndelungat al preparatelor dietetice.

ILEANA ȘERBĂNESCU-BERAR
Specialistă în dietetică și nutriție

Desen de Nic Nicolaescu

Desen de Viorel Sandu



— *Știi că săptămîna trecută m-am otrăvit cu niște ciuperci ?*
— *Vai de mine ! ! Și mai trăiești ? ? ! !*

Voință

La 13 ani, Rosanna Benzi a suferit un atac de poliomielită, care i-a provocat o paralizie pentru toată viața. În prezent are 40 de ani și, de peste un sfert de secol, trăiește într-un „plămîn de oțel". A traversat de multe ori perioade grele, de depresiune, dar le-a învins totdeauna, hotărîndu-se să muncească și să creeze. Acum este redactor-șef al unui ziar italian pentru handicapați, intitulat „Ceilalți". A scris și o carte — „Dificultatea de a trăi" — în care își povestește viața și raporturile sale cu restul lumii. Mari personalități politice italiene, ca și personalități din lumea culturală, o vizitează, adesea, pentru a-i susține acest emoționant efort. Vizitatorii sînt primiți într-un spital din Genova și Rosanna îi poate vedea cu ajutorul unei oglinzi fixate deasupra capului.

Vaccin

Cercetători americani au testat, în Nepal, un nou vaccin împotriva febrei tifoide. În prima parte a studiului au fost incluse 274 de persoane, la care s-a constatat absența efectelor secundare, iar în partea a doua, de observații clinice asupra a 7 000 de persoane din zona rurală, s-a relevat o eficacitate de 75%. Substanța este realizată de Institutul Meryeux și este alcătuită din fragmente ale capsidei care înconjură bacteria ce provoacă febra tifoidă.

Radiolocator

Un radiolocator portabil, pentru nevoile diagnosticării medicale pe teren, a fost creat recent de specialiști din R. S. Letonă. Aparatul ajută medicul să urmărească cordul în ansamblu sau numai pericardul sau miocardul, în timp ce individul se deplasează. De asemenea, cu acest radiolocator se poate urmări circulația sîngelui în creier, funcționarea rinichilor etc. El se compune dintr-un generator de oscilații de foarte mare frecvență și un receptor. Semnalele reflectate de diferite părți ale organismului sînt recepționate, prelucrate și afișate pe un monitor.

Termometru

Specialiști din cadrul Institutului de cercetări științifice în domeniul metrologiei din Siberia au pus la punct un minitermometru clinic „injectabil" în corpul omului. Termometrul transmite date privind temperatura diverselor zone ale corpului unui bloc electronic special, care le prelucrează și le afișează. Noul aparat este destinat controlului temperaturilor în cazul complexelor intervenții chirurgicale asupra inimii.

Moda

Se pare că și moda poate afecta uneori sănătatea ! Liga reumatologilor din R.F.G. a făcut cunoscut recent că preferința pentru pantofii cu toc înalt are drept efect îmbolnăvirea de reumatism. Cu cît este mai înalt și mai subțire tocul, cu atît mai mare este și riscul îmbolnăvirii. Cele mai periculoase s-au dovedit a fi „tocurile cui". Specialiștii în ortopedie au stabilit și o înălțime „admisă" medical : 4 cm. În pantofii cu toc înalt partea anterioară a tălpii piciorului suportă o greutate prea mare, ceea ce conduce la o atrofiere a perniței de grăsime a tălpii și la apariția durerilor cronice în partea mediană a acesteia. Și mai periculoase sînt tocurile înalte pentru coloana vertebrală.

Aparat

Specialiști din R.D.G. au realizat un nou tip de aparat Roentgen, care reduce cu 90% doza de radiație primită de pacient în timpul examenelor de specialitate. În locul peliculei fotosensibile convenționale, aparatul folosește o folie specială, de asemenea fotosensibilă, de pe care datele sînt citite cu ajutorul unei raze laser, transmise unei mașini de calcul care, la rîndul ei, le transformă în imagini fotografice clasice. În afara faptului că noul aparat reduce spectaculos doza de radiație, acesta prezintă și avantajul realizării unei imagini deosebit de clare.

Remediu împotriva fumatului

Pentru a veni în ajutorul celor ce doresc — și nu pot — să abandoneze fumatul, cercetătorii de la Institutul de Medicină din Beijing au creat un „parfum" cu miros plăcut, extras din 36 de plante aromatice, a cărui eficiență pare sigură. Inhalarea zilnică timp de 10—20 de minute a acestui parfum provoacă în organism o puternică reacție de respingere față de

fumul de țigară. Potrivit opiniei medicilor chinezi, după un tratament de mai multe zile, 98% din pacienți abandonează fumatul. În caz de recidivă, tratamentul se continuă timp de o săptămînă, după care rezultatul este de 100%.

Descoperire

Cercetători americani au descoperit o nouă posibilitate de luptă împotriva cancerului, prin reproiectarea în laborator a unei otrăvi naturale, care distruge celulele canceroase. Reușita aparține unei echipe de specialiști de la Institutul național american de oncologie și produsul obținut poate fi utilizat în combaterea cancerului de sîn și a unor tumori ale plămînului și creierului. Folosind ingineria genetică, cercetătorii au reușit să reproiecteze gena utilizată de o bacterie comună spre a produce propria otravă, denumită *endotoxină*. Bacteria în cauză se numește *Pseudomonas aeruginosa* și poate cauza pneumonii și meningite. În testele de laborator, cercetătorii au constatat că otrava reproiectată caută celulele bolnave de cancer, le izolează și apoi le neutralizează.

Test

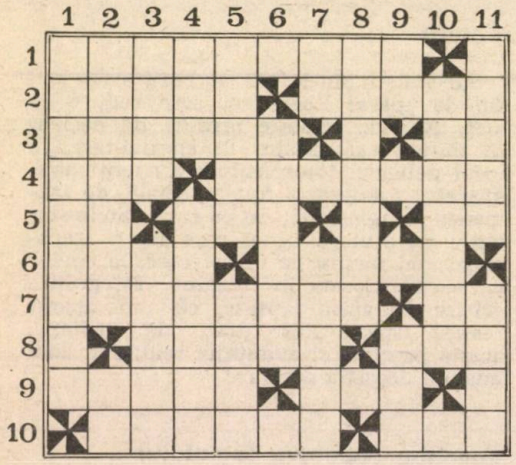
Recent, în Anglia, a fost efectuat un test asupra a 32 de pacienți suferind de migrenă. Testul a confirmat constatarea mai veche a medicilor, conform căreia consumul de vin roșu declanșează foarte frecvent violente dureri de cap. Revista medicală „Lancet" relatează că în cadrul testului, celor 32 de pacienți li s-au servit diferite băuturi alcoolice, avînd același conținut de alcool, fără ca ei să vadă ce anume au primit să bea. După puțin timp, 9 din cei 11 pacienți care băuseră vin roșu au făcut criză de migrenă.

Cristalin perfecționat

Specialiștii din Uniunea Sovietică au pus la punct un nou material sintetic pentru confecționarea cristalinului artificial. Spre deosebire de materialele plastice utilizate pînă în prezent în acest scop, noul material este de culoare gălbuie și servește, în același timp, ca un eficient filtru împotriva razelor ultraviolete.

Pacienții care au fost operați suportă mai ușor dificila perioadă postoperatorie, procesul de adaptare a organismului la noul cristalin producîndu-se mai rapid. În plus, pacienții nu mai suferă de fotofobie. Pînă în prezent s-au efectuat peste 1 000 de transplanturi cu acest cristalin, confecționat din noul material.

I. MURGAN



MEDICINĂ GENERALĂ

ORIZONTAL : *1. Specializate în extracții dentare. 2. I se scot ațele – A da naștere. 3. A suferit un transplant – Operat la inimă ! 4. Localitate în insula Tahiti – Cu mobilitate de disc. 5. Artrită, în fază incipientă ! – Trădează lipsă de curaj – E puțin balonat ! 6. Ulcerație adîncă – Partea inferioară a labei piciorului. 7. Din care s-a tăiat o parte (fem.) – Nevroze, în pragul final ! 8. Suferă schimbări de la an la an. – Balot. 9. Zi de operații fără anestezii – S-adună în casă. 10. Se recomandă pentru cap, la femei (pl.) – Asemănător cu elanul.*

VERTICAL : *1. Trăiesc numai cu tuburi cu oxigen. 2. Acțiunea de a face uz de cele două scăriță – Geme ! 3. Mioriță – Centru de reanimare a morților. 4. Orășel în Indonezia – Specialist în boli de inimă și de urechi. 5. A se inflama – Apar pe unele radiografii (sing.) 6. Examinat. 7. Scos de durere – Imobilizează o fractură. 8. Guturai. 9. Stadiu final ! – Tribut plătit lăcomiei. 10. Măsură a stării de excitabilitate a unui nerv sau mușchi. 11. Cu vîrful nasului ridicat puțin în sus (fem.) – Fuga din fața gropii.*

Dicționar : *FAA, BEO.*

ADAM STOICA

EXTRAVAGANTELE ORHIDEE

PLANTE MEDICINALE?

Orhideele sînt plante ierbacee perene, dintre care unele au tuberculi sau rizomi, iar altele, *epifitele*, prezintă rădăcini aeriene. Uneori, ele trăiesc în simbioză cu ciuperci, avînd drept suport un arbore.

Numele lor provine din grecescul *orhis* = *testicule*, datorat formei caracteristice, sugestive, a tuberculilor.

Familia Orchidaceae include numeroase specii care, practic, au cucerit întreaga planetă ; deşi majoritatea orhideelor preferă regiunile tropicale, totuşi sînt specii care vieţuiesc în Alaska, Siberia şi chiar în Groenlanda.

Dacă în climatul temperat orhideele sînt plante obişnuite, cu flori modeste, în regiunile tropicale, însă, ele încîntă şi surprind prin bogăţia şi originalitatea formelor şi a culorilor, precum şi prin parfumul minunat al florilor lor.

Florile sînt zigomorfe, avînd periantul format din 3 sepale petaloide şi 3 petale inegale ; dintre cele 3 petale, una este mult mai dezvoltată într-un label prevăzut cu un pinten în care se găseşte nectar. Floarea are o singură stamină fertilă, care concreşte cu stigmatul. Polenul este uneori liber sau aglomerat în două mase pedicilate, numite *polinii*.

Fructul este o capsulă, iar seminţele sînt foarte mici şi foarte numeroase.

Dintre orhidee, frapante sînt epifitele, adică acelea care cresc în aer. Rădăcinile lor sînt filamente cărnoase, grele, ce nu ating niciodată solul şi deci nu pot extrage substanţele nutritive. Şi totuşi, „imaginaţia" epifitelor a rezolvat acest neajuns : rădăcinile aeriene au la extremitatea lor un ţesut special, ca un burete, prevăzut cu un manşon de celule goale, care absorb şi cea mai mică picătură de apă de ploaie. Pe timp uscat planta consumă rezervele de apă din aceste celule, ce se aplatizează apoi, formînd un perete protector, prin care se apără de deshidratare.

Rezultă că alimentaţia epifitelor este în întregime aeriană – apa şi dioxidul de carbon – ceea ce explică denumirea care li s-a dat de „fiice ale aerului".

Dar, adevărata imagine a orhideelor tropicale, caracteristica lor, este *labelul*. Extravaganţa acestuia – şi deci a florii – a determinat mai multe state latino-americane să-şi aleagă orhidee drept emblemă naţională. Astfel, Columbia a ales specia *Cattleya trianae*, Panama – specia *Cattleya skinnerri*, în timp ce *Cattleya turialba* este emblema statului Costa-Rica.

Rolul labelului este deosebit de important în fecundare, pentru că, prin culoarea, forma şi mirosul său penetrant atrage insectele, care vor asigura polenizarea.

Orhideele mimetice, mai „inteligente", îşi transformă pur şi simplu labelul într-o falsă insectă : labelul ia forma unei muscuţe, a unui bondar, a unei viespi sau păianjen, în funcţie de insecta care asigură polenizarea.

Ophrys speculum are labelul în formă de viespe, iar perişorii de pe label au o dispunere similară cu cea a perişorilor de pe insecta femelă ; mai mult, parfumul labelului este exact ca al insectei femele, mirosul datorîndu-se aceloraşi molecule.

Specia *Oncidium*, de la ecuator, şi-a „confecţionat" flori galbene, delicate, care în bătaia vîntului se confundă cu albinele din genul *Centris*. Masculii din genul *Centris*, dorind să-şi apere teritoriul de „nepoftiţi", se lansează în atacuri precise şi rapide care, pentru plantă, se finalizează în polenizare şi deci în asigurarea perpetuării speciei.

Alte orhidee au imaginat adevărate capcane, cum este cazul aşa-numitei *„Saboţii lui Venus"*, singura reprezentantă a genului *Cypripedium* în Europa, devenită astăzi rară în flora pădurilor umede. La această plantă labelul are forma unui sabot ai cărui pereţi netezi împiedică ieşirea insectei. Insecta se vede nevoită să forţeze o ieşire minusculă, prin care reuşeşte să scape, dar... încărcată cu polen.

Orhideea „oală" – *Coryanthes macrantha* – „combină strategiile" : masculii unui gen de albine sînt atraşi de labelul care se deschide spre receptaculul adînc, plin cu un lichid îmbătător. Insecta, ameţită, cade în oala din care nu mai poate ieşi decît printr-un tunel strîmt şi lung, din care scapă epuizată şi încărcată cu polen.

Pentru a nu se risipi polenul de pe spatele şi capul insectei, fiecare polinie are la baza sa o mică formaţiune al cărei lichid are rolul de a cimenta şi a fixa polenul.

Unele orhidee, cum este specia *Catasetum*, din America de Nord, au „accesorii" în plus: poliniile prezintă perişori aspri, care, la cel mai mic contact, declanşează un mecanism prin care aşază poliniile pe capul insectei, ca pe două coarne drepte. În plus, *Catasetum* împrăştie un miros puternic de mentă, care atrage insectele.

Darwin nota că masa polinică fixată pe corpul insectei îşi modifică lent poziţia iniţială verticală la orizontalitate, astfel ca la

Vanilia
(Vanilla planifolia)

următoarea floare vizitată, polenul să se fixeze exact pe stigmat, pentru a asigura fecundarea.

„Imaginația" orhideelor a inventat și alte metode de a asigura polenizarea florilor. *Stanhopea graveoleus* este o orhidee tropicală, ale cărei flori sînt foarte mari și au un miros extraordinar, care atrage sumedenie de musculițe, ce sînt prompt devorate de un păianjen care le așteaptă pînă în momentul în care, la rîndul său, este vînat de un colibri care... în sfîrșit, asigură transportul polenului.

Forma compactă – de polinie –, transportul integral al polenului fixat și dispus exact pe corpul insectei, demonstrează o economie riguroasă de polen, spre deosebire de alte specii care-și risipesc cu generozitate polenul, spre cele patru orizonturi.

Și dacă totuși, nici o insectă nu vine, orhideele sînt pregătite și pentru autofecundare : unica stamină fertilă a florii se apleacă și poliniile își scuturâ polenul pe stigmatul concrescut cu stamina.

Extravaganței florilor îi corespunde o prolificitate la fel de extravagantă ! Darwin estima că, dacă într-o singură capsulă de *Orchis maculata* există 6 200 de semințe, prin toate cele 30 de fructe se asigură aproape 200 000 de descendenți. Sau genul *Acropera*, care produce 74 de milioane de semințe, ar putea acoperi întreaga planetă în mai puțin de 5 ani.

Și, cu toate acestea, milioanele de semințe asemănătoare prafului, cîntărind nu mai mult de 0,00002 g, nu dau naștere decît la foarte puține exemplare.

Semințele nu au rezerve de substanțe cu care să hrănească embrionul pînă cînd acesta își formează radicula !

Germinează numai acele semințe care-și găsesc o ciupercă „doică" ; embrionul se lasă pătruns de filamentele unei ciuperci microscopice – *Rhizoctonia* – care-i asigură alimentația pînă în momentul formării radiculei. Odată existența cîștigată, orhideea încearcă să se debaraseze de ciupercă. Dacă lupta este cîștigată de ciupercă, aceasta își menține filamentele în turberculii plantei ; după unii botaniști, umflarea tuberculilor ar fi o reacție de apărare față de ciupercă.

Majoritatea semințelor, negăsind o ciupercă cu care să-și organizeze viața în comun, nu germinează.

Raritatea orhideelor, atît de prețuite pentru bogăția de culori și forme a florilor, a condus, bineînțeles, la necesitatea intervenției omului.

Fecundarea artificială a avut ca rezultat „industrializarea" orhideelor care, la rîndul ei, s-a finalizat în comerțul intens de parfumuri și materii aromatizante.

Cea mai cunoscută, atît pentru parfum, cît și în prăjituri, este... *vanilia*. Prin denumirea de vanilie se înțelege de fapt fructul unei orhidee cățărătoare – *Vanilla planifolia Andrews* – originară din Mexic.

Populația veche a Mexicului folosea acest fruct la aromatizarea băuturii preferate – ciocolata – băutură numită „Flixochitl".

Spaniolii au apreciat nu numai aurul, ci și ciocolata, pe care au adus-o în Europa la începutul sec. al XVI-lea. Dealtfel, cuvîntul „vanilla", diminutivul lui „vaĭna", este spaniol.

Primele observații botanice asupra vaniliei se datorează lui Charles de l'Escluse d'Arras (1605), apoi lui Hérnandez (1615).

Vanilla planifolia a fost introdusă în cultură încă din 1822, în insula La Réunion, în Madagascar și în insulele Comore, dar mult timp a rămas doar ca plantă ornamentală, pentru că... nu se importase și insecta care asigura polenizarea speciei în Mexic.

S-au făcut cîteva tentative de a adapta insectă la condițiile climatice ale insulelor și, cînd se părea că totul e pierdut, un negru, Edmond Albins, a descoperit, în 1840, fecundarea artificială : polenul prelevat cu o pensetă mică este depus pe stigmatul florii.

Se pare că, totuși, în serele Muzeului de istorie naturală din Paris, Neumann practica de 10 ani această metodă care, prin intermediul botanistului Perrotet, a ajuns în insula La Réunion.

Deși clima caldă și umedă, precum și solul bogat, vulcanic, al insulelor din Oceanul Indian, explică reușita finală a culturilor de *Vanilla*, totuși specia din Mexic rămîne pe primul loc, datorită fineței aromei.

Fructele verzi recoltate și strînse pachet nu au nici un parfum ; ele trebuie supuse ac-

ţiunii unor enzime pentru a răspîndi binecunoscutul lor parfum, căruia îşi datorează utilizarea în patiserie şi cofetărie, în special.

În ceea ce priveşte întrebuinţarea medicală, trebuie subliniat că vanilia are o acţiune stimulantă şi antiseptică.

S-a semnalat şi o boală profesională, *vanilismul*, care se manifestă prin accidente generale (ameţeli, cefalgii, iritaţii genito-urinare) sau accidente cutanate (erupţii papuloase, edeme ale feţei şi mîinilor, prurit intens).

Afecţiunile cutanate sînt explicate prin prezenţa acelor fine de oxalat de calciu (rafidii) în fructele de vanilie, aceasta fiind de fapt o caracteristică a plantei întregi. Prezenţa rafidiilor explică folosirea plantei ca bandaj revulsiv : indigenii smulg epiderma frunzei pe care apoi o aplică pe piele.

Fructele de vanilie nu şi-au păstrat prea mult timp supremaţia, pentru că s-a sintetizat *vanilina*, compus chimic obţinut prin oxidarea eugenolului. Deoarece eugenolul este componentul principal al uleiului volatil din cuişoare *(Eugenia caryophyllata)*, cererea de vanilină a condus la extinderea culturilor de *Eugenia caryophyllata*.

O altă orhidee din insulele Oceanului Indian este *Anagraecum fragrans Dup. Th.*, cunoscută sub numele de *Faham*, care face parte din grupa epifitelor, fiind întîlnită pe arborii din pădurile întunecoase, calde şi umede.

Frunzele acesteia sînt folosite, mai ales după uscare, la prepararea unor ceaiuri cu acţiune sedativă asupra sistemului nervos. În comerţ, ceaiul poartă denumirea de „Ceai de Madagascar" sau „de Mauriciu".

Spre deosebire de *Faham*, cu acţiune sedativă, alte orhidee erau folosite înainte ca afrodiziace. Astfel, sub numele de *Salep* se comercializează încă tuberculii spălaţi şi uscaţi ai mai multor specii de *Orchis* din regiunea temperată : *Orchis mascula, Orchis morio, Orchis latifolia, Orchis fusca, Orchis purpurea, Orchis bifolia.* Aceşti tuberculi conţin în special amidon, fapt pentru care sînt consumaţi şi ca alimente, în Asia Mică, Anglia, mai puţin în Franţa.

Untu vacii (Orchis morio)

Larga utilizare a acestor tuberculi explică prezenţa monografiei „Tubera Salepi", în Farmacopeea Română ed. a IV-a (1926), care specifică : „...tuberculele laterale de la diferite orhidee *(Orchis mascula L., Orchis morio L.)* din Europa şi Asia Mică, recoltate în epoca înfloririi, opărite cu apă şi apoi uscate".

În afară de descriere, monografia din Farmacopeea Română, ed. a IV-a, indică aspectul pulberii de salep şi reacţia de identificare specifică pentru amidon.

Monografia „Tubera Salepi" nu a mai fost introdusă în farmacopeele româneşti ulterioare.

Medicina tradiţională românească, însă, cunoaşte cîteva specii de orhidee folosite în diverse acţiuni. Desigur că, spre deosebire de luxuriantele orhidee tropicale, orhideele din ţara noastră, ca dealtfel toate speciile din clima temperată, sînt plante modeste, ierburi cu flori obişnuite, lipsite de parfumul care le-a făcut celebre pe celelalte.

Numai *Cypripedium calceolus* – Papucul doamnei – are florile mari, purpurii, cu labelul galben, răsfrînt sub formă de papuc. Raritatea acestei specii în flora noastră a determinat ocrotirea ei ca monument al naturii.

Orchis maculata L. – cunoscută în popor sub numele de „limba cucului" sau, „mîna Maicii Domnului", creşte prin fineţele umede şi păşunile din zonele înalte.

Decoctul obţinut era folosit la spălarea muşcăturilor pricinuite de şarpe. Se mai obişnuia să se fiarbă planta întreagă, cu tuberculi, iar decoctul era băut de femeile care doreau să aibă copii.

Orchis morio L. – poroinic – furniza tuberculii cunoscuţi sub numele de „Tubera Salepi". Ceaiul din flori era folosit contra malariei sau la vite, contra scurgerilor de sînge. În special în Moldova, tuberculii erau cunoscuţi ca afrodiziaci.

Orchis papilionacea L. – gemănariţă sau bujorei – este o plantă mică, cu flori purpurii, întîlnită în locurile însorite, pe coline, în livezi sau fineţe uscate.

Ca şi speciile înrudite, tuberculii globuloşi erau utilizaţi ca afrodiziaci.

Orchis purpurea Huds. – bujori sau poroinic – creşte în locurile umede şi umbroase

din păduri. Tuberculii acestei specii erau şi ei folosiţi sub numele de „Salep", indicat înainte în alimentaţia convalescenţilor.

In Moldova, în regiunea laşului, se prepara din tuberculi un macerat în rachiu, pe care-l beau femeile ce doreau copii.

Astăzi, Salepul nu mai este preparat şi nu se mai consumă la noi. De asemenea, acţiunea afrodiziacă, despre care vorbeşte folclorul medical, nu a fost dovedită ştiinţific.

Efectul unor specii asupra muşcăturilor de şarpe sau în malarie, de asemenea, nu a fost confirmat.

Considerăm că, deşi orhideele noastre „nu pot intra în lume" prin extravaganţa culorilor sau a parfumului, totuşi s-ar putea ca interesul specialiştilor să fie recompensat de rezultatele unor cercetări temeinice şi riguroase.

Farm. dr. **Engletina Pelegrino**
cercetător ştiinţific

EPIGRAME

Strict autentic (sens unic)

La intrare este scris
Că fumatu-i interzis !
Circulara este clară
Numai pentru cei... de-afară.

Apropó de : unele debite se numesc ABC

Că tutunul e nociv,
Ştie orişice naiv...
Deci, în loc de ABC,
Nu-i mai bine T.B.C. ? !

Sfat

— Cum ? Te doare o măsea ?
Scoate-o şi-ai scăpat de ea !
— Bun e sfatul, nu zic ba,
Dac-ar fi măseaua ta !

Boală „cu cîntec"

Nu ştiu cum se nimereşte,
Dar se-ntîmplă anual,
El mereu se-mbolnăveşte
În sezonul estival...

Guturaiul

Cînd e tratat cum se cuvine,
O săptămînă-ntreagă ţine ;
De nu-i tratat în nici un fel,
În şapte zile scapi de el.

Unui soţ

Soaţa-i dă mereu povaţă :
„Munca te susţine-n viaţă !"
El răspunde, într-o doară,
Că nici lenea nu-l omoară...

OTTO LEVAI
membru al Clubului Epigramiştilor „Cincinat Pavelescu"

FURNICA-FARAON

NU SE NUMĂRĂ PRINTRE CEI POFTIŢI ÎN SPITALE

Clădirile sînt vizitate de mai multe specii de furnici. Majoritatea dintre acestea îşi au cuibul în exterior şi invadează interiorul clădirilor numai pentru căutarea hranei. Sînt speciile autohtone, care numai ocazional îşi construiesc cuibul în interiorul construcţiilor. O singură specie este strict legată de clădiri, neputînd exista în afara lor. Aceasta este furnica-faraon, cu numele ştiinţific Monomorium pharaonis, o furnică originară din India şi introdusă prin porturi, odată cu mărfurile, în Europa. Pentru prima dată a fost semnalată în anul 1828, la Londra, azi fiind răspîndită pe întregul continent.

Locul preferat îl constituie clădirile cu încălzire centrală — apartamentele, brutăriile, unităţi de alimentaţie publică, spitalele.

Ca orice furnică, furnica-faraon trăieşte în colonii. În fiecare cuib se găsesc mai multe mătci (200—500), iar numărul lucrătoarelor se estimează între cîteva zeci de mii şi un milion. Numeroasele lucrătoare construiesc cuibul, procură hrana şi îngrijesc progenitura. Trebuie amintit faptul că mătcile sînt extrem de fecunde, fiecare putînd depune pînă la 1 000 de ouă, de fapt singura lor preocupare. În acest fel, omul intră în contact numai cu lucrătoarele. Mărimea acestora este redusă — în jur de 2 mm —, iar culoarea, asemănătoare chihlimbarului, prezintă nuanţe mai închise pe abdomen (determinarea speciei trebuie confirmată de un laborator de specialitate). Ţinîndu-se seama de dimensiunea lor infimă, prezenţa acestora, adeseori, nici nu este observată. Hrana preferată a furnicii-fa-

raon o formează produsele bogate în proteine, dulciurile constituind de obicei doar suplimentul.

Disconfortul produs de această furnică în apartamente este minim, fapt ce însă nu se poate afirma pentru sectorul spitalicesc. Aici, în primul plan se situează rolul de vector mecanic nespecific al furnicii. Ţinîndu-se seama că lucrătoarele vizitează materialele sanitare infectate şi de faptul că ele pot pătrunde prin spaţii de 0,5 mm, există posibilitatea de a fi transportaţi germeni periculoşi pentru infecţiile spitaliceşti, chiar pe materiale sterile, ambalate cu grijă. Literatura de specialitate citează cazuri cînd furnicile-faraon au fost găsite în aparatura de transfuzie, în cutii Petri etc. Nu trebuie neglijat nici disconfortul direct generat de această specie. Furnicile pot pătrunde sub aparatele gipsate ale bolnavilor, generînd un prurit neplăcut, sau chiar sub pansamente, unde se hrănesc cu exsudatele de la marginea rănilor. Bolnavii apatici sînt ţinta preferată. Mai mult, sînt cunoscute cazuri cînd ele pătrund în incubatoarele copiilor născuţi prematur, pe care îi atacă direct. Locurile preferate sînt obrajii, buzele, pielea din spatele pavilionului urechii sau cutele gîtului.*

Combaterea furnicii-faraon este dificilă. Omorîrea lucrătoarelor cu insecticide de contact constituie numai un efect trecător şi nu duce la dispariţia coloniei. Ţinta în combatere trebuie să fie mătcile. Acestea fiind ascunse în cuib, putem ajunge la ele numai prin intermediul hranei. Momelile otrăvite sînt astfel calea cea mai sigură. Semnul succesului se poate aprecia prin activitatea intensă a lucrătoarelor în jurul momelii şi dispariţia acesteia.

Dr. KLAUS FABRITIUS
INSTITUTUL DE IGIENĂ ŞI SĂNĂTATE PUBLICĂ
— BUCUREŞTI —

* *Vector (în l. latină* = care transportă) – termen care se referă la rolul pe care-l deţin unele vieţuitoare (în special unele insecte) în transmiterea agenţilor patogeni (microbi, paraziţi etc.) ai unor boli.

DUREREA SEMNAL DE BOALĂ

Conf. dr. GH. BUCUR
Spitalul clinic „Titan"

Unul dintre cele mai frecvente simptome de boală este *durerea* şi, pe bună dreptate, prin semnificaţia sa, poate fi considerată ca *semnal* al bolii. Acest simptom are, prin excelenţă, un caracter subiectiv ; din această cauză este foarte greu de apreciat, deoarece gradul de sensibilitate al bolnavului, coloratura psihică pe care i-o conferă, rezistenţa morală la durere fac dificile analiza şi aprecierea justă a intensităţii sale. Oricum ar fi, acordînd creditul respectiv bolnavului care suferă, medicul recepţionează cu atenţie cele declarate de bolnav şi cercetează — pe cît posibil printr-un examen cît mai complet — existenţa şi mai ales mecanismele şi cauzele durerii.

Orice durere are o semnificaţie, deşi aceasta este foarte variată şi uneori lipsită de gravitate. Cu toate că este un simptom banal frecvent întîlnit — oricine are o experienţă în acest sens —, nu întotdeauna i se acordă de către cel suferind o atenţie corespunzătoare. Gama variată a medicamentelor calmante ale durerii — analgezicele — a făcut ca această conduită — a neglijării unei dureri — să fie o regulă pentru mulţi.

Durerea poate să se manifeste pe o perioadă scurtă, să cedeze spontan sau la un calmant simplu, de rutină, şi dacă nu mai revine este complet neglijată. Alteori durerea revine, dar este calmată repede de un medicament, de regulă acelaşi, dar datorită unor factori ocupaţionali, care captează prioritar atenţia bolnavului, acesta nu se interesează mai îndeaproape de cauzele reale, existînd tendinţa minimalizării sau acceptarea unei explicaţii convenabile, chiar dacă aceasta este mai puţin plauzibilă, astfel încît, destul de paradoxal faţă de dezvoltarea şi amplificarea mijloacelor de răspîndire în masă a cunoştinţelor elementare de igienă şi să-

nătate, omul suferind apelează destul de rar la medic, pentru elucidarea unei dureri.

Cineva definea boala ca existînd „atunci cînd te doare mereu în același loc".

Durerea fizică, oriunde s-ar produce, este percepută ca senzație dureroasă la nivel cerebral sau, cînd se produce acut, determină reacții de apărare simplă, prin circuit medular (reflex scurt). Și durerea acută, integrată cerebral, poate fi controlată la acest nivel, iar reacția este modulată de creier. În acest fel durerea devine o senzație ale cărei caractere psihoafective și reacționale sînt influențate de vîrstă, sex, experiență individuală, sensibilitate, stare morală, voință, temperament, cultură. În acest sens durerea poate fi amplificată de anxietate, care-i conferă o încărcătură emoțională, uneori foarte accentuată (frică, insecuritate), care poate determina dezorganizarea personalității individului, cu consecințe grave.

Cauzele durerii sînt multiple ; ea se poate produce oriunde în organism, iar stimulul este condus de la structurile periferice sau interne, spre măduva spinării, care poate reacționa scurt — reflex —, sau spre creier, unde este integrat ca senzație, iar reacția este, după cum am văzut, modulată de conștiință. Structura morfologică și funcțională a acestor căi de conducere ale durerii este foarte complicată și descoperiri recente arată mereu complexitatea sa.

Intervenția unor factori cerebrali, de conștiință, în integrarea durerii și modularea reacției, face ca uneori aceștia să aibă un rol predominant în comportament, coloratie afectivă, morală. În acest fel, stimulul, mesajul dureros, plecat din orice parte a organismului, ajunge la creier, unde este transformat în senzație, care este modulată de factori de conștiință, în așa fel încît perceperea sa ca semnal al suferinței, al bolii, este conștientizată diferit, uneori disproporționat în plus sau în minus față de caracterul real al modificărilor patologice. În acest fel unii suferă foarte intens pentru dezordini organice minore, în timp ce alții, ca și cum n-ar sesiza, îndură cu stoicism durerile date de boli grave.

Durerea poate fi resimțită în orice parte a organismului. Ea poate să fie intermitentă sau continuă. O durere fulgerătoare, ca o descărcare electrică, de cîteva secunde, resimțită de o parte sau în amîndouă părțile feței, care se repetă în timpul zilei și este declanșată uneori de strănut, rîs, căscat, tuse, poate fi revelatoare de o nevralgie de nerv trigemen ; uneori durerea iradiază în urechi, mastoidă, ceafă, ochi, mandibulă, nas, orbită, baza limbii. În toate cazurile trebuie consultat medicul neurolog sau specialistul orelist. Dureri continui, cu diminuări și exacerbări, localizate la față, pot apărea ca expresie a unei afecțiuni dentare, musculare, articulare sau osoase (pulpite, traumatisme, artrite temporo-mandibulare). O nevralgie facială este frecventă în bolile stomatologice, în interesarea sinusurilor feței, orbitei sau oaselor faciale ; de asemenea, procesele tumorale pot da dureri în această regiune. Herpesul zoster al feței, în afară de durere cu iradieri diferite, se poate însoți de paralizii faciale, salivație abundentă, lăcrimare, tulburări ale mișcărilor globilor oculari. Cauzele durerii faciale pot fi procese locale sau la distanță, sau chiar frigul și curenții de aer rece. Un examen atent al specialistului poate duce la descoperirea cauzei, alteori sînt necesare însă investigații complicate. De mare importanță este descoperirea precoce, în stadiile inițiale, a unui proces tumoral, a cărei soluție terapeutică poate fi salutară, sau descoperirea unui proces inflamator al organelor locale, procese controlate acum de tratamentul medical sau chirurgical, în mod satisfăcător.

Durerile vii, accentuate de mișcările capului, însoțite de ameteli uneori, localizate în ceafă, punctiforme sau întinse, uneori cu fixarea gîtului („gît de lup"), pot fi expresia unei spondiloze cervicale, tuberculoză vertebrală, tumori osoase, inflamații sau, pur și simplu, pot fi datorate frigului sau unei suprasolicitări a regiunii cervicale.

Dacă durerile capului (cefalalgiile) sînt supărătoare, uneori chinuitoare, dar în general suportabile, durerile toracice, mai ales de cînd patologia și mortalitatea generală este dominată de bolile inimii, îngrijorează bolnavul — și nu fără temei —, chiar dacă nu orice durere toracică se datorează unei leziuni cardiace. Ea poate fi expresia unei afecțiuni de perete, de pleură, de pericard, dar, bineînțeles, și datorită unei afecțiuni coronariene. O durere toracică însoțită de tuse, febră, este mai degrabă datorată unei afecțiuni pleuro-pulmonare. Dar durerea anterioară, retrosternală, cu iradiere în

membrul superior stîng, gît sau mandibulă, însoţită de senzaţie de constricţie toracică, de „ghează", de frică de moarte, este, de regulă, de origine coronariană. Durerea toracică dacă se repetă, dacă apare în acelaşi mod (efort, tuse, mişcare, emoţii etc.), trebuie să determine întotdeauna bolnavul să apeleze la medic, care are posibilitatea unui diagnostic rapid (precoce) şi a instituirii unui tratament eficient. De multe ori o durere poate fi expresia unei suferinţe toracice, pulmonare sau cardiace care, neglijată multă vreme, este foarte greu de tratat ulterior.

Durerea abdominală intermitentă sau continuă trebuie, de asemenea, interpretată de către medic, chiar dacă este ameliorată de un tratament empiric, pe care bolnavul l-a folosit de mai multe ori. În urma examenului medical pot fi descoperite cauze care de multe ori necesită soluţii terapeutice urgente şi chiar intervenţii chirurgicale. Aşa de pildă, o durere epigastrică (în capul pieptului) poate fi expresia unui ulcer, o durere sub reborul costal drept se poate datora unei colecistite calculoase, mai ales dacă apare după mese bogate în grăsimi, însoţită de greţuri, senzaţie de amar. Durerea în partea superioară a abdomenului, transversală („în bară"), poate fi datorată unei pancreatite, mai ales cînd survine după mese bogate în băuturi alcoolice. Cîte probleme nu pun durerile de origine apendiculară, renală, anexială, vertebrală, cu manifestări uneori tipice, dar de multe ori atipice ?

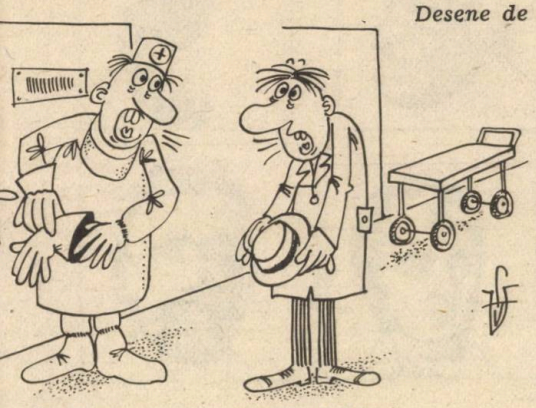
Multă lume se plînge de dureri ale membrelor inferioare ; ele pot fi spontane sau la mers, cu sau fără modificări vizibile locale. În majoritatea cazurilor se datorează unor procese lezionale ale nervilor (sciatica), ale muşchilor (miozite), vaselor arteriale (arterite), venelor (flebite, varice), oaselor (osteite) etc.

Aceste exemple ar putea fi mult mai numeroase şi mai detaliate, deoarece cauzele durerilor sînt multiple, iar localizarea lor diferită.

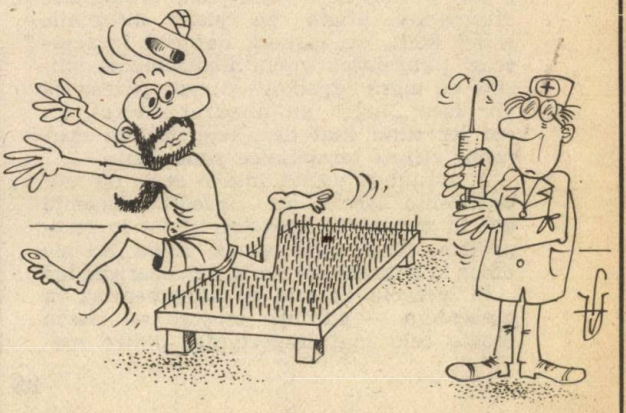
Trebuie, de asemenea, menţionat că durerea poate fi resimţită la locul unde s-a produs (traumatisme, înţepături), la mică distanţă, durerea iradiată sau proiectată (litiază biliară, angină pectorală), sau la distanţă mai mare (compresie pe trunchiuri nervoase, durerea reflexă). Acest fapt face ca durerea să constituie un semnal de boală susceptibil de o analiză destul de laborioasă, în multe cazuri implicînd investigaţii nu numai clinice, dar şi de laborator, pentru a se preciza cauza,

Scopul celor menţionate pînă acum este de a atrage atenţia că o durere trecătoare sau continuă, care revine în acelaşi loc sau mod, necunoscută, nediagnosticată, sau chiar dacă este cunoscută dar şi-a schimbat caracterul, trebuie interpretată de medic, care, folosind mijloace clinice şi de laborator, ajunge la cauză, la diagnostic. Astfel se poate institui un tratament corect al durerii, care a reprezentat scopul iniţial şi cel mai prestigios al medicinii : „Sedare dolorem supremus opus est" („A alina durerea este un fapt suprem").

Desene de Viorel Sandu



— Doctore a reuşit operaţia ? ? ! !
— Operaţia ? ? Păi asta n-a fost direcţia ? ? ! !



CARE ŞI-AU CÎŞTIGAT „NEMURIREA"

Octavian Popescu
Doctor în ştiinţe medicale
Spitalul de copii „Caraiman"

De-a lungul timpului, cercetarea medicală şi chimico-farmaceutică a pus la dispoziţia clinicienilor mii şi mii de medicamente, de provenienţă vegetală în trecut, de sinteză astăzi, utilizate cu mai mult sau mai puţin succes în tratamentul diverselor suferinţe ale organismului uman.

S-a ajuns însă foarte departe în această privinţă, creîndu-se pentru aceeaşi afecţiune, în întreaga lume, zeci şi sute de medicamente, care mai de care mai „senzaţionale" ca efect terapeutic, interesul comercial primînd în multe cazuri, acoperirea ştiinţifică fiind uneori în raport invers cu reclama şi popularitatea „fals" create în jurul acestora.

Dar, aspra „probă de foc a timpului" a fost trecută de o mică parte dintre medicamentele aflate pe piaţa mondială, astfel încît, nu rareori, datorită insuccesele terapeutice unele medicamente lansate cu mare „zgomot" şi care păreau că vor face „vogă" au dispărut discret, locul lor fiind luat de altele noi, cu aparente virtuţi terapeutice superioare.

A existat şi există însă o serie de medicamente care şi-au dovedit eficienţa atît în momentul introducerii lor în terapeutică, cît şi după aceea, unele din ele chiar la sute de ani de la descoperirea lor.

În lucrarea de faţă ne propunem să vă prezentăm — stimaţi cititori — cîteva (poate cele mai importante) dintre medicamentele care au produs o adevărată „revoluţie" în medicina clinică, care şi-au cîştigat — după părerea noastră — „dreptul la nemurire", care au trecut şi prezent demn de cunoscut în rîndul celor în folosul cărora au fost create, cu truda şi efortul medicinii universale.

PENICILINA

Încă nu se perfectase utilizarea pe scară largă a sulfamidelor în practica medicală şi iată cum gîndul de avangardă al unui cercetător — îl numim aici pe englezul *Alexander Fleming* — se îndrepta spre crearea unor arme antibacteriene şi mai eficiente în lupta cu microbii. De la prima constatare a efectului bactericid (distrugător de microbi), care datează din 1928, făcută „întîmplător" (dacă există ceva întîmplător în activitatea unui cercetător care depune o muncă asiduă pentru rezolvarea unei probleme majore), a

observat că pe o placă pe care însămînţase colonii de microbi (stafilococi) au apărut mici colonii de mucegai *(penicillium)* care le-au „asfixiat", le-au redus şi le-au distrus pe cele de microbi. Şi iată, aceasta a fost marea şi neaşteptata premisă a descoperirii *primului* — rămas şi pînă astăzi unul din *cele mai eficiente* — antibiotic, *penicilina,* indicată nu numai în infecţiile produse de stafilococi şi streptococi, ci şi de pneumococi, bacili difterici etc.

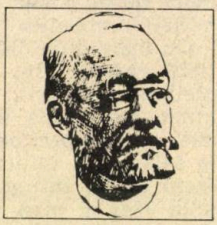
Dar, aşa cum nu numai o dată s-a întîmplat şi în medicină, în anul 1929, an în care Fleming a sesizat lumii medicale efectul antibacterian al penicilinei, şi pînă în 1939, chimiştii şi medicii n-au acordat atenţia cuvenită acestei mari descoperiri. Cercetătorii englezi Horward Florey şi B. Chain reiau, în 1939, în strînsă colaborare cu Fleming, cercetările privind aplicarea tratamentului cu penicilină, la început la animale, apoi şi la omul bolnav, cu afecţiuni produse de microbi presupus sensibili la acest antibiotic. Interesantă este relatarea lui H. W. Florey referitoare la importanţa şi ritmul de lucru al colectivului său, în cercetarea efectelor penicilinei, care scria în presa vremii : „Toţi lucram la penicilină de dimineaţă pînă seara, adormeam cu gîndul la penicilină şi singura noastră dorinţă era să descifrăm enigma penicilinei". Şi astfel, la memorabila dată de 12 februarie 1941, s-au aplicat primele injecţii cu penicilină, la 2 bolnavi cu stări septicemice grave şi care se dovediseră rezistente la singurele arme antimicrobiene de care medicina dispunea la acea dată — *sulfamidele.* Chiar de la primele administrări de penicilină, starea clinică a ambilor bolnavi s-a ameliorat simţitor, dar la scurt timp de la întreruperea tratamentului, datorită lipsei de penicilină (cantitatea de care dispuneau la începerea tratamentului fiind foarte redusă), microbii au continuat înmulţirea anarhică, iar bolnavii au decedat.

Pe măsură ce cantităţile de penicilină produse în diverse centre medicale din lume au crescut, tratamentele efectuate s-au extins, iar rezultatele excelente au pus omenirea în faţa uneia din cele mai mari (poate chiar cea mai mare) descoperiri terapeutice din istoria medicinii.

Cu toate dificultăţile de început — cantităţi reduse, preţ de cost ridicat — penicilina a cucerit, cu timpul, întreaga lume, activitatea umanitară a cercetătorilor şi descoperitorilor ei ducînd, în final, la salvarea a milioane şi milioane de oameni de pe întreg globul pămîntesc, din anul 1941 şi pînă astăzi. O serie de boli grave produse de microbi sensibili la penicilină şi, mai ales, chirurgia din timp de pace şi cea de campanie (sau de război), au beneficiat de descoperirea marelui savant englez Fleming.

Dar nu numai atît, deoarece descoperirea unui antibiotic a sugerat cercetătorilor căutarea altor tipuri de astfel de „mucegaiuri" cu efecte antimicrobiene, ajungîndu-se în acest mod la o altă mare descoperire, şi anume la *streptomicină,* antibiotic cu efecte benefice în tratarea unor boli deosebit de severe şi larg răspîndite în populaţie — în special în mediul social precar —, aşa cum este infecţia tuberculoasă, boală care făcea ravagii în special în rîndul populaţiei tinere. După streptomicină au urmat noi şi noi descoperiri de antibiotice, chiar dacă nu răsunătoare, precum a fost cea a penicilinei, dar care pun la îndemîna medicului modern un evantai larg de antibiotice, cu care să combată bolile produse de diverşi germeni patogeni.

Marile centre de cercetare produc diverse antibiotice, pe care le pun la îndemîna clinicienilor ; aceştia le utilizează cu mare succes o bună perioadă de timp, dar încet, încet, constată un răspuns mai puţin bun sau lipsa de răspuns din partea organismului la antibioticul administrat. Aceasta se datorează rezistenţei microbiene care se creează cu timpul faţă de un anumit antibiotic, fapt ce demonstrea-



ză continua şi permanenta luptă prin mijloace diferite, uneori inegale, dintre microbi şi organismul uman, apărat sau ajutat de antibioticele pe care cercetarea farmaceutică şi medicală le pune la îndemîna clinicianului.

Unii microbi, creîndu-şi rezistenţa la un antibiotic, continuă să se înmulţească şi să declanşeze stări severe de boală. În acest caz, un nou antibiotic creat se va utiliza în cantitate optimă şi timp suficient pentru a distruge flora microbiană cauzatoare de boală. Această stare de fapt explică diversitatea şi numărul impresionant de antibiotice (cu diverse denumiri comerciale) de care dispune, la un moment dat, medicul curant, dar şi faptul că, dovedindu-şi ineficacitatea, unele antibiotice sînt abandonate în favoarea altora mai active.

Cu toate acestea, de la descoperirea sa şi pînă în prezent, penicilina a rămas antibioticul cel mai frecvent utilizat, mai puţin toxic şi cu cele mai reduse riscuri pentru bolnavii cărora li se adresează. Şi dacă în perioada anilor '60 se părea că în unele cercuri medicale penicilina pierdea teren în favoarea altor antibiotice, a venit perioada anilor '70, cînd s-a trecut la o reconsiderare a efectelor sale terapeutice, astfel încît a redevenit antibioticul nr. 1 din ierarhia mijloacelor antiinfecţioase de care dispune astăzi medicina modernă.

Ei îi datorează astăzi viaţa milioane de oameni bolnavi ; ei i se datorează reducerea considerabilă, pînă aproape de dispariţie, a unei serii de boli (mai ales la copii) produse de streptococul hemolitic (foarte sensibil la tratamentul corect şi prompt cu penicilină), ferind copiii de unele boli severe, aşa cum sînt reumatismul cardioarticular acut, glomerulonefritele acute şi cronice, scarlatina etc.

ASPIRINA

Cunoscută mai ales sub denumirea de *Aspirină* şi mai puţin sub aceea de *acid acetilsalicilic*, reprezintă unul din cele mai vechi mijloace de combatere, pe de o parte a febrei — ca efect antipiretic sau antitermic —, pe de alta a durerii (şi cine dintre noi nu a folosit o tabletă de Aspirină pentru a combate o durere osoasă sau musculară, durerea de cap, de dinţi etc.).

Constatarea acestor efecte datează de peste două milenii, mai exact din anul 400 înaintea erei noastre, şi se datorează lui Hipocrate — părintele medicinii — care recomanda femeilor să mestece frunza de salcie — plantă din care se extrage încă şi astăzi, pe cale industrială, Aspirina — pentru a le potoli febra şi durerile de la naştere.

Ulterior, s-a constatat că şi coaja de salcie are efect antitermic (combate febra) şi analgetic (combate durerea), poate chiar mai intens decît frunza ei ; în 1827, un cercetător francez, *Leroux*, a reuşit chiar să izoleze din coaja de salcie principiul activ (denumit de el „Salicina"), responsabil de efectele terapeutice „miraculoase" ale salciei albe (specia *Salix alba)*, principiul din care s-a extras apoi acidul acetil salicilic (Aspirina). Dar Aspirina a pătruns definitiv în terapeutică de-abia după anul 1899, părintele acestei uriaşe achiziţii terapeutice fiind socotit medicul german *Dresser*. Cercetări ulterioare au dovedit numeroase alte acţiuni ale acestui „miraculos" medicament, şi anume : efect antiinflamator asupra ţesuturilor edemaţiate, inflamate (în cazul reumatismului cardioarticular acut sau cronic), favorizează eliminarea acidului uric din organism (substanţă în exces, responsabilă de boala cunoscută sub denumirea de gută), inhibă acţiunea dăunătoare a unor virusuri asupra organismului.

Intuind acţiuni necunoscute încă ale acestui medicament, grupuri de cercetători din diverse mari centre medicale din lume (S.U.A., Canada, U.R.S.S., Anglia) au studiat efectele Aspirinei în prevenirea accidentelor cardiovasculare, fie că este vorba de infarctul miocardic, fie de hemoragia cerebrală. Cercetările acestor „grupuri de lucru" au ajuns la conclu-

BIBLIOTECA „ASTRA"
SIBIU

zia — foarte de curînd adusă la cunoştinţa atît a lumii medicale, dar şi a publicului larg — că administrarea, timp îndelungat, a unei tablete de Aspirină zilnic sau la 2 zile, reduce cu 20% riscul apariţiei unui nou infarct miocardic (la un bolnav cu o astfel de suferinţă în trecutul său) şi cu pînă la 50% riscul apariţiei unei noi hemoragii cerebrale.

Efectul spectacular s-ar datora acţiunii sale de a se opune agregării plachetelor sanguine (trombocitele), împiedicînd apariţia de tromboze şi obstrucţii vasculare, care duc la distrugerea zonelor din ţesutul afectat, prin lipsa de oxigen (adus la celule de sîngele circulant).

Prin mecanisme nelămurite încă, Aspirina s-a dovedit capabilă să încetinească — şi uneori chiar să oprească — dezvoltarea tumorilor maligne experimentale (produse în laborator, diverselor animale de experienţă), acţiune care dacă va putea fi dovedită şi la om va deschide noi căi de cercetare în oncologie.

Dacă efectele favorabile ale Aspirinei promit mari beneficii bolnavilor, cele secundare nedorite sînt şi ele importante şi nu trebuie neglijate, mai ales astăzi, cînd Aspirina se consumă pe scară largă în întreaga lume, fie raţional (după prescripţia medicală), fie fără discernămînt, din propria iniţiativă a bolnavului.

Administrată atunci cînd nu trebuie, în doze mari sau timp îndelungat, Aspirina este capabilă să provoace eroziuni ale mucoasei digestive, ulcere ale stomacului (manifestate prin sîngerări uneori masive) sau chiar să redeschidă vechi ulcere cicatrizate.

Ca medicament universal folosit în medicină, Aspirina are, ca şi alte medicamente, două faţete : una utilă, cealaltă dăunătoare (de aceea nu trebuie administrată oricui, oricînd şi în orice cantitate). Prescrierea ei trebuie făcută numai de medic, singurul în măsură să aprecieze utilitatea acesteia şi să-i calculeze riscul administrării.

FENOBARBITALUL

Cel mai important reprezentant al familiei substanţelor barbiturice, *Fenobarbitalul*, este un medicament cu puternice efecte sedative (liniştitoare) asupra activităţii sistemului nervos central, care a fost sintetizat şi introdus în terapeutică, simultan şi independent, în anul 1912, de către 3 cercetători : *Loewe*, *Impens* şi *Juliusberg*. Utilizat la început pentru a obţine starea de sedare (liniştire) a stării psihice a bolnavului sau pentru a combate stările de insomnie de care suferă un mare număr de indivizi ai societăţii, au trebuit să treacă apoi încă 20 de ani pînă cînd cercetătorii *Hauptmann* şi *Friedländer* au constatat efectul salutar în tratamentul stărilor convulsive, devenind, în scurt timp, dacă nu singurul, cu certitudine medicamentul cel mai larg utilizat în tratamentul epilepsiei. Prin munca lor asiduă, 5 cercetători au creat şi utilizat cu succes un medicament menit să contribuie substanţial la uşurarea suferinţelor milioanelor de bolnavi cu epilepsie, boală neurologică ce afectează toate vîrstele, răspîndită pe toate continentele globului. Ei au reuşit să găsească un mijloc terapeutic capabil să „ţină sub control" starea bolnavilor expuşi la crize convulsive (fie că este vorba despre convulsiile febrile frecvente la copilul mic, fie de convulsii simptomatice în cadrul unor îmbolnăviri, fie, în sfîrşit, în cazul epilepsiei, boală caracterizată prin crize convulsive generalizate sau localizate, spontane, cu durată variabilă şi uneori cu pericol de stop respirator) ; condiţia esenţială a reuşitei tratamentului cu Fenobarbital este corectitudinea bolnavilor (sau familiei, în cazul în care bolnavul este un copil) în ceea ce priveşte luarea cu regularitate şi la timpul recomandat a dozelor prescrise de medic.

Utilizat cu succes şi pe scară largă — din 1912 pînă în perioada anilor 1950 — ca sedativ şi hipnotic (capabil să producă somnul), iar după anul 1935 ca anticonvulsivant (antiepileptic), Fenobarbitalul a căzut apoi într-un oarecare anonimat în perioada anilor 1950—1970, locul său fiind ocupat în această perioadă de alte medicamente cu efecte oarecum asemănătoare (hidantoina, diazepinele, oxozolidinele).

După 1970, cercetări minuţioase de farmacoterapie şi neurologie au scos la iveală adevăruri necunoscute pînă atunci, privind modul de acţiune al acestui medicament în împiedicarea declanşării de crize convulsive la bolnavi expuşi unor astfel de stări patologice. Noile achiziţii de farmacodinamie au permis reconsiderarea rolului Fenobarbitalului, nu atît ca sedativ sau hipnotic, cît mai ales ca anticonvulsivant, ajungîndu-se la concluzia că în tratamentul de fond al epilepsiei (boală convulsivantă) rămîne suveran — în ciuda sintezei a numeroase alte substanţe anticonvulsivante — recîştigîndu-şi pentru totdeauna încrederea, atît a medicului, cît şi a bolnavului, în binefacerile pe care le poate aduce suferinţei umane.

Utilizat în scop hipnotic, Fenobarbitalul se administrează într-un moment în care efectul său inhibitor asupra sistemului nervos central să coincidă cu ceilalţi factori care favorizează somnul (oboseala, căldura, întunericul), fiind nevoie de 30—60 de minute pentru un ast-

933/4

fel de efect ; somnul astfel provocat este odihnitor, liniştit şi lipsit de vise.

Fenobarbitalul dovedeşte şi calităţi sedative (combate stările anxioase, hipertensiunea arterială, hipertiroidia, vărsăturile) şi, în plus, favorizează efectul antispastic al beladonei sau pe cel analgetic al Aspirinei sau Piramidonului. Dealtfel, pentru efectele sus-menţionate, multe produse medicamentoase conţin, alături de substanţa cu acţiune principală, şi cantităţi reduse de Fenobarbital, aşa cum este cazul medicamentelor : Fobenal, Extraveral, Codenal, Fasconal, Pasinal, Aminofenazonă L (supozitoare) etc.

Ca anticonvulsivant major, Fenobarbitalul s-a dovedit util, de-a lungul timpului, în combaterea convulsiilor din tetanos, eclampsie, din intoxicaţia cu stricnină sau cu alte medicamente sau substanţe chimice toxice asupra sistemului nervos central, în convulsiile sugarului (copilul de la 0 la 1 an), copilului mic (1—3 ani) şi mai ales în convulsiile din epilepsie (boală cu frecvenţă relativ crescută, apreciată la 4—5‰ din totalul populaţiei globului, fără particularităţi de sex, vîrstă, rasă sau zonă geografică).

Dozele de Fenobarbital, variabile de la bolnav la bolnav, sînt stabilite de medic. Dacă administrarea medicamentului trebuie întreruptă pentru diverse motive, ea nu se va face în nici un caz brusc, deoarece pot rezulta accese convulsive sau chiar crize convulsive subintrante (continui). Dacă dozele utilizate sînt reduse (fie din cauza aprecierii eronate a medicului, fie din cauza nerespectării de către bolnav a dozei prescrise), se poate instala, cu mare uşurinţă, obişnuinţa organismului la Fenobarbital (şi implicit lipsa de răspuns favorabil a organismului) ; dozele prea mari duc la apariţia stării permanente de somnolenţă sau la alte efecte secundare nedorite severe : obnubilare (tulburare a stării de conştienţă în care funcţiile psihice sînt încetinite), stare comatoasă, stare confuzivă.

Durata tratamentului antiepileptic este prelungită şi se indică a se continua încă 2 ani (după unii autori) sau 5 ani (după autori mai circumspecţi) de la ultimul atac convulsiv, dar cu respectarea reducerii progresive a dozelor şi sub control clinic, de laborator şi electroencefalografic.

De dată mai recentă s-a constatat că Fenobarbitalul posedă şi capacitatea de a stimula metabolismul bilirubinei (pigment roşu prezent în bilă), în special în cazul în care producţia ei este crescută, iar metabolizarea deficitară, situaţie întîlnită în condiţii fiziologice la nou-născuţi, iar în condiţii patologice, în cazurile de hemoliză crescută (distrugerea de globule roşii în splină şi ficat), cu capacitate funcţională hepatică alterată. Constatările de mai sus au constituit premise ale utilizării Fenobarbitalului în tratamentul icterului nou-născuţilor sau al hemolizelor severe datorate incompatibilităţii materno-fetale prin factor Rh, practică terapeutică — generalizată astăzi în întreaga lume — uşor de aplicat şi cu rezultate bune.

Rezultatele bune obţinute în special în tratamentul stărilor convulsive cu ajutorul Fenobarbitalului i-au asigurat supravieţuirea şi chiar superioritatea asupra numeroaselor medicamente cu efecte asemănătoare sintetizate pe cale chimică, în întreaga lume. Fenobarbitalul rămîne un medicament eficient, uşor de administrat, lipsit de mari riscuri terapeutice şi, în plus, extrem de puţin constrîngător, ceea ce-l face medicamentul ideal şi la îndemîna oricărui bolnav dornic de însănătoşirea sa.

În consecinţă, „banala" tabletă de Fenobarbital trebuie preţuită şi ridicată la rangul înalt pe care şi l-a cîştigat în timp, stînd alături de alte medicamente cu o excelentă reputaţie terapeutică, toate puse în slujba sănătăţii omului, de către cercetătorii — medici, biologi, chimişti — din întreaga lume.

SUBSTANŢELE ANESTEZICE

Substanţe care reduc perceperea durerii au fost utilizate încă din timpuri străvechi. Primii care foloseau anestezia, utilizînd în acest scop unele substanţe narcotice în intervenţiile chirurgicale şi despre care există documente scrise, au fost egiptenii. Chinezii utilizau haşişul ca substanţă anestezică. Opiul, belladona, haşişul şi băuturile alcoolice au fost timp de multe secole substanţele principale utilizate pentru diminuarea durerii în chirurgie sau în medicina internă, în cazul durerilor produse prin îmbolnăvirea severă a unor aparate şi organe.

Dar adevărata anestezie — suprimarea totală a durerilor — a fost realizată de-abia după anul 1842 ; deşi eterul a fost descris ca substanţă anestezică încă din anul 1540, de către *Valerius Cordus*, de-abia în 1842 americanul *Crawford Long* a utilizat pentru prima dată în clinică eterul, pentru a produce anestezia în vederea unei mici intervenţii chirurgicale. Din 1840, în obţinerea anesteziei chirurgicale, s-a introdus şi protoxidul de azot (denumit şi *gazul ilariant*). Din anul 1847 se utilizează, cu succes în chirurgie, anestezia prin inhalarea vaporilor de cloroform.

Istoricul ulterior al anesteziei reprezintă un capitol relativ recent şi priveşte îndeosebi introducerea anesteziei locale sau regionale, intrarahidiene, intravenoase (cu ajutorul substanţelor barbiturice), precum şi medicaţia şi aparatura complicată care

să servească scopul umanitar al înlăturării senzației de durere.

Anestezia generală denumită „în circuit închis", realizată cu o aparatură complexă, se obține cu eter, cloroform, eter vinilic, protoxid de azot, fluotan, clorură de etil, ciclopropan, tricloretilen și este de importanță esențială atunci cînd se urmărește o stare de inconștiență completă și cînd mișcările bolnavului pot pune în pericol succesul operației ce urmează ; astfel se realizează intervenții mari pe abdomen, torace, rinichi, articulații, creier.

Mai puțin profundă și de durată mai scurtă, se obține *anestezia generală*, în vederea unor intervenții chirurgicale de mai mică amploare sau durată, cu ajutorul unor substanțe anestezice administrate intravenos, așa cum este cazul Tiopentalului, Brevinarconului, Hidroxidiona, Ketamina etc.

Alte substanțe se utilizează în scopul obținerii *anesteziei locale* sau *regionale* și se aplică prin injectare, în regiuni cu numeroase terminații nervoase, obținîndu-se astfel dispariția durerii și relaxarea musculaturii, așa cum este cazul infiltrațiilor cu novocaină sau procaină. Pentru un efect mai amplu și de lungă durată se administrează soluția de procaină intrarahidian, realizîndu-se astfel „rahianestezia", al cărui promotor mondial a fost marele chirurg român *Thoma Ionescu*. Alteori, anestezicele se aplică pe mucoase și tegumente (cocaina, procaina, xilina, stovaina), pentru obținerea unei anestezii numai de suprafață. Dimensiunea descoperirii utilizării substanțelor anestezice în patologia umană rezultă din observația — binecunoscută în lumea medicală și nemedicală —, după care durerea este unul din cele mai frecvente și supărătoare (uneori chinuitoare, atroce, exasperante) semne de boală, pentru care bolnavul apelează, cu toată încrederea și speranța, la medic și la medicamentele produse în acest scop.

CORTIZONUL

Ideea preparării de extracte din glanda suprarenală cu grad apreciabil de activitate în medicina umană a apărut în anul 1929 și aparține unor cercetători englezi, *Swingle* și *Pfiffner*. Sinteza și introducerea în terapeutică a dezoxicorticosteronului și a cortizonului reprezintă primele mari succese în confirmarea ideilor de avangardă ale acestor mari cercetători. Foarte curînd, cînd s-a încercat cu succes un preparat cortizonic în tratamentul artritei reumatice (o formă cronică și deformantă de reumatism), s-a considerat că s-a deschis o nouă eră în medicină — *era cortizonică* —, pentru care, la timpul potrivit, cercetătorii *Kendall*, *Richstein* și *Hench* au primit Premiul Nobel.

Steroizii corticosuprarenali — termen care înglobează o multitudine de substanțe biologice active produse de către glandele suprarenale —, deși în număr de peste 30, nu toți au dovedit efecte terapeutice nete. Numai 7 din ei au demonstrat experimental și clinic că posedă, într-un grad semnificativ, capacitatea de a contribui la menținerea funcțiilor vitale ale organismului.

După multe încercări nereușite, în anul 1950 s-a reușit sinteza chimică a celui mai important dintre acești steroizi corticosuprarenali, și anume 17-hidroxi-11-dehidrocorticosteronul, cunoscut mai ales sub denumirea de *cortizon*. Cu numeroase modificări chimice, plecîndu-se de la cortizon, s-a sintetizat o gamă întreagă de preparate cortizonice — Hidrocortizon, Prednison, Prednisolon (Supercortisol), Superprednol, Fluorocortizon etc. — utilizate în clinica umană.

Indiferent de formula lor chimică, toate substanțele cortizonice îndeplinesc în organism roluri asemănătoare (cu mici particularități de la un preparat la altul) în ceea ce privește reglarea metabolismului glucidic (al zaharurilor), a celui protidic (favorizează catabolismul substanțelor proteice introduse în organism) și mai puțin a celui lipidic (al grăsimilor).

De mare importanță pentru sănătatea organismului se dovedește efectul cortizonului asupra metabolismului normal al apei și al electroliților (sodiu, potasiu, calciu), asupra sistemului nervos central, asupra aparatului cardiovascular, al celui muscular, osos, ganglionar, precum și asupra funcțiilor imunologice ale organismului.

Toate acțiunile sus-menționate vin să explice larga utilizare a cortizonului într-o patologie variată, după cum urmează :

— în afecțiuni reumatice acute și cronice (atît la copil, cît și la adult) ;

— în insuficiența corticosuprarenală cronică, cunoscută sub numele celui ce a descris-o inițial, *boala Addison ;*

— în bolile de colagen (lupus eritematos diseminat, periarterită nodoasă, dermatomiozită, sclerodermie) ;

— în bolile alergice cu manifestări respiratorii (astm bronșic, coriză alergică), cutanate (dermatitele alergice, eritemul alergic) sau medicamentoase (după administrarea Penicilinei, sulfamidelor, Piramidonului etc.) ;

— în unele boli renale (sindrom nefrotic primar sau secundar) ;

— în boli cronice hepatice, cu tendință la cronicizare (hepatita virală cu sechele) ;

— în unele boli ale sistemului nervos central (scleroza în plăci, scleroza amiotrofică) ;

— în boli canceroase (de regulă asociat cu medicamente citostatice în leucemii, boala Hodgkin, limfosarcom) ;

— în unele boli hematologice (purpură trombocitopenică, în sindromul de hipersplenism).

Dacă la începutul introducerii în terapeutică a preparatelor cortizonice entuziasmul medicilor părea fără margini — şi de aici o serie de erori prin supraestimarea efectului acestora — a venit o perioadă în care fundamentarea ştiinţifică a utilizării acestor preparate în patologia umană a dovedit că, deşi extrem de utile, ele nu sînt lipsite de riscuri pentru bolnavii cărora li se adresează ; în consecinţă, a trebuit făcută o reconsiderare şi o delimitare a cazurilor clinice care se pretează la administrarea preparatelor corticosuprarenale. Şi astăzi, cortizonul şi preparatele cortizonice ocupă un loc de frunte în terapeutica modernă şi contribuie nu atît la vindecarea bolilor (se ştie cu exactitate că ele nu vindecă nici o boală), cît la ameliorarea lor şi mai ales la oprirea evoluţiei nefavorabile a acestora.

Atunci cînd administrarea lor este necesară o lungă perioadă de timp, se va recurge la introducerea lor numai după ce alte medicamente s-au dovedit ineficiente şi după ce se va studia amănunţit starea bolnavului, cunoscut fiind faptul că orice terapie cortizonică reprezintă un risc, calculat nu de un computer, ci de medicul care are în îngrijire un bolnav.

* * *

Şi acum, în încheiere, vă lăsăm pe dv., stimaţi cititori, să judecaţi cu toată înţelepciunea şi să apreciaţi binefacerile celor cîtorva medicamente sus-prezentate, aduse, de-a lungul timpului, umanităţii.

Cu siguranţă că acestora li se vor alătura şi altele care, la rîndul lor, vor contribui la uşurarea suferinţelor bolnavilor, la prevenirea îmbolnăvirilor şi, în final, la menţinerea stării de sănătate fizică şi psihică a membrilor societăţii.

TABLETE

— *FIZIOLOGICĂ*

Există întotdeauna la oamenii normali şi o sănătate a reflexelor de... bun simţ.

— *ALUZIA*

A fost poreclit „scobitoare", deşi insul respectiv suferea de o obezitate evidentă. Secretul constă însă în faptul că mai tot timpul era văzut scobindu-se printre dinţi...

— *PROTOCOL*

Dacă vrem să dăm o definiţie mai politicoasă sclerozei, putem spune că, dealtfel, este vorba de un simplu lapsus ajuns la... maturitate.

— *ROBOT*

Fiind atît de calculat, el considera somnul ca pe un veritabil concediu de odihnă... cotidian.

— *ALAMBICARE*

Şi iertarea pretinsă a fi cerută în genunchi este, în realitate, tot un gen de răzbunare...

— *PARALELE*

Oare cîte femei nu şi-au regăsit tristeţea vieţii ascunsă în surîsul reţinut al Giocondei, precum şi urmele bucuriei rătăcite în aceeaşi privire tristă ? ! ?

— *MIMETISM*

Cînd au ieşit la „perinţă" cei doi fluturi, înlănţuiţi în dansul lor clasic printre flori, au folosit, ca batistă, o simplă petală de trandafir...

— *ESENŢIAL*

Una e să fii în vacanţă şi alta „să-ţi plece mintea în vacanţă"... Important, în ultimul caz, este ca totuşi să se termine cît mai repede... vacanţa.

— *IGNORANŢĂ*

Cîinele îi este credincios stăpînului său numai pentru că nu a reuşit încă să cunoască cît de infidel este... omul.

LAPSUS

Singurul lui defect mai mare care i se reproşează este că în timpul somnului uită de toate...

— *IMUNITATE*

Ajunsese cu nervii aşa de tociţi, încît mînca, fără grijă, şi ciuperci otrăvitoare...

— *PROPORŢIE*

Uneori pentru a te apăra de un singur duşman, ai nevoie de ajutorul a... zece prieteni.

— *CERC VICIOS*

Tot timpul se gîndeşte cum trebuie gîndit, pentru a deveni un mare gînditor...

TITEL CANACHE

• de toate pentru toţi •

Întreruperea bruscă a unor medicaţii poate fi dăunătoare

Obişnuirea organismului cu anumite substanţe, fie ele medicamentoase, îl obligă să pună în mişcare toate posibilităţile de creare a unui echilibru interior, de realizare a acelei homeostazii (menţinerea la valoare normală a diferitelor constante fiziologice ale mediului intern) favorabile sănătăţii, vieţii. Privarea, la un moment dat, de unul din medicamentele care au fost administrate timp îndelungat în doze considerabile, poate deranja funcţiile instaurate, făcînd să apară tulburări mai mult sau mai puţin alarmante.

Complexul de fenomene patologice a fost denumit „sindrom de suprimare". Sînt capabile să genereze o asemenea stare mai ales medicamentele care dau şi stare de dependenţă fizică (necesitatea organismului pentru o substanţă administrată repetat).

Poate fi citat, în primul rînd, cazul alcoolului, un depresant al sistemului nervos care, întrerupt după perioade lungi de abuz, dă o stare de agitaţie, de nelinişte, insomnie, inapetenţă, stare ce apare, dealtfel, şi la întreruperea fumatului, prin privarea organismului de nicotina cu care a fost obişnuit.

Majoritatea medicamentelor sedative şi hipnotice (calmante şi producătoare de somn) dau fenomenul de dependenţă. Întreruperea acestora după administrarea unor doze înalte timp îndelungat (la dozele terapeutice moderate manifestările sînt în majoritatea cazurilor nesesizabile) conduce la apariţia, la unii pacienţi, a simptomelor de privare, de lipsă. Acestea se manifestă prin scăderea apetitului, pînă la lipsa totală a poftei de mîncare, cu scădere abruptă în greutate, anxietate (teamă),

migrenă, greţuri, vomismente, insomnie, amorţeli, pierderea energiei, uneori, după 1—2 zile, hipertensiune ortostatică (în poziţie verticală) şi convulsii, care pot evolua spre un **status** (stare) **epilepticus.** Dacă se revine la dozele mari, simptomele pot deveni dramatice. Din această categorie fac parte barbituricele : luminalul (Fenobarbitalul), Ciclobarbiţalul, Amobarbitalul (Dormital), cloralul hidrat, Glutetimidul şi o seamă de tranchilizante (liniştitoare) : benzodiazepinele (Diazepam, Nitrazepam şi alţi derivaţi), carbamaţii (Meprobamatul), Haloperidolul, Clordiazepoxidul (Librium), Clorpromazina.

O grupă de medicamente foarte mult întrebuinţată, mai ales în terapia anghinei pectorale şi a hipertensiunii — betablocantele, cu reprezentantul principal Propranololul —, prezintă aceeaşi caracteristică de a declanşa tulburări la suprimarea terapiei, unele din acestea fiind deosebit de grave ; tulburări serioase cardiace, tahicardie ventriculară, o creştere a simptomelor anghinale, posibil infarct miocardic fatal, moarte subită.

Exemplele se pot multiplica prin acele medicamente — stupefiantele — care, aducîndu-l pe om la starea de dependenţă, îl îndeamnă la administrarea iraţională a unor doze neconforme cu dozele terapeutice.

O concluzie, care se cere respectată cu severitate : nu se iau şi nu se întrerup anumite medicamente — n-ar fi greşit să spunem, nici un medicament — fără consultarea medicului, care este în măsură să decidă cînd, ce, cum şi cît trebuie să i se administreze bolnavului pentru alinarea suferinţelor sale.

Sarea în alimentaţie poate agrava diabetul

S-a dovedit, experimental, că în prezenţa clorurii de sodiu glucoza plasmatică postprandială (după mese) şi răspunsul insulinic cresc în cazul unui regim bogat în hidrocarbonate (amidon, zahăr).

S-a estimat că are loc o accelerare a digestiei amidonului prin stimularea activităţii amilazei (enzimă care produce scindarea amidonului, eliberînd moleculele de glucoză) sau mărind absorbţia intestinală a glucozei.

Se poate emite concluzia că diabeticilor, ca dealtfel şi altor suferinzi (hipertensivi, cardiaci), li se recomandă reducerea considerabilă a consumului de sare, dar numai atît cît prescrie medicul.

A mai apărut un argument împotriva bătrînei Aspirine

Aspirina era prezentată, pînă nu demult, ca unul din cele mai cunoscute şi folosite medicamente. Erau bine ştiute reacţiile ei adverse, mai ales cele iritative la nivelul mucoasei gastrice, pentru care s-au stabilit şi numeroase soluţii : evitarea administrării pe stomacul gol, dispersarea în lichide, tamponarea preparatelor, sintetizarea unor derivaţi neiritanţi. Rareori, datorită efectelor sale antiplachetare (anticoagulante), la doze mari, se ştia că există riscul apariţiei hemoragiilor.

Trecîndu-şi proba timpului, cunoscute fiind reacţiile adverse în mare măsură controlabile, Aspirina putea fi fără rezerve eliberată pacienţilor de toate vîrstele, pentru automedicaţie.

Iată că descoperiri recente au adus îngrădiri acestui valoros medicament, şi anume : în cazul sindromului descoperit de Reye, în 1963, care se manifestă în forme severe, adesea fatale, la copii şi adolescenţi, cu febră, encefalopatie acută şi degenerescenţa grăsoasă a viscerelor (organelor). În plasma pacienţilor cu insuficienţă hepatică fulminantă s-au găsit substanţe endotoxice microbiene, acestea fiind, pînă nu demult, incriminate de apariţia sindromului Reye.

De curînd, s-a sugerat că în apariţia acestui destul de rar sindrom (incidenţă 1:100 000, la o populaţie cu risc) este implicată şi Aspirina.

Existînd acest grav risc, se atrage atenţia ca toate preparatele de Aspirină de uz pediatric să fie eliberate numai cu recomandarea medicului, apreciindu-se, totodată, că pacienţii şi părinţii nu trebuie să folosească Aspirina sau alte medicamente care nu au utilitate absolută.

La etiologia încă neelucidată a bolilor reumatice s-a adăugat încă o supoziţie

Aşa cum şi pentru alte boli preocupările s-au canalizat spre confirmarea rolului fondului genetic corelat cu existenţa unor anumiţi declanşatori patogenetici (generatori de boală), şi în cazul bolilor reumatice, a căror cauză nu este definitiv elucidată, se întreprind numeroase cercetări şi se emit păreri care pot fi considerate încă ipotetice.

Astfel, se presupune că există unele relații între tulburările inflamatorii intestinale și scleroza multiplă. Tot așa, se pare că există o posibilă interdependență între spondilartrita anchilozantă și artropatiile reactive și unii declanșatori infecțioși (microbi de tipul **Salmonella, Shigella, Yersinia, Chlamydia** și alții), precum și unii factori genetici, care se referă la capacitatea defensivă, de apărare, a organismului. Ipotezele emise se bazează pe unele fapte :

— 10—20% din bolnavii cu suferințe intestinale inflamatorii contractează spondilită anchilozantă ;

— infecțiile intestinale (salmoneloze, shigeloze, dizenterii bacilare) sînt asociate cu artropatii reactive (boli ale articulațiilor), care în final sînt complicate cu tulburări inflamatorii ale coloanei vertebrale — sindromul Reiter —, afecțiune ce se manifestă prin uretrită, conjunctivită, poliartrită, tulburări digestive, erupții cutanate provocate, probabil, de un virus ;

— concentrațiile de imunoglobuline A serice (compuși ai organismului care dau imunitate, capacitate de apărare) și imunoglobuline A secretorii, care, se presupune, își au originea la nivelul mucoasei intestinale, sînt reduse la bolnavii de spondilită;

— s-ar părea că în anumite spondilite există unele inflamații subclinice (fără alterarea stării pacientului), la nivelul porțiunii distale a ileocolonului (intestin subțire) ;

— la șobolanii de experiență s-a constatat că dieta poate să amelioreze artrita (posibil prin modificarea florei intestinale) ;

— s-a constatat că anumite medicamente (Sulfazalazina, Sulfapiridina), active în tratamentul colitei ulcerative, s-au dovedit eficace și în tratamentul artritei reumatoide sau al spondilitei anchilozante.

Urmează ca cercetările ce se efectuează în continuare să definească fundamental aceste constatări.

Un antiepileptic ar putea avea indicații terapeutice în boli greu tratabile

Utilizată intens ca anticonvulsivant (antiepileptic), difenilhidantoina (Fenitoin) s-a dovedit eficace în tratamentul imunologic, care însoțește transplantele de țesuturi și organe. S-a pus întrebarea dacă acest medicament n-ar putea fi util în sindromul de deficiență imunitară. Cercetările au dovedit că limfocitele T, cît și A (cu rol în sinteza anticorpilor, participînd la procesele de apărare a organismului împotriva infecțiilor cronice) pot fi manevrate de difenilhidantoină în așa fel încît limfocitele nou formate pot apăra organismul de virusul ce produce imunodeficiența la om (S.I.D.A.).

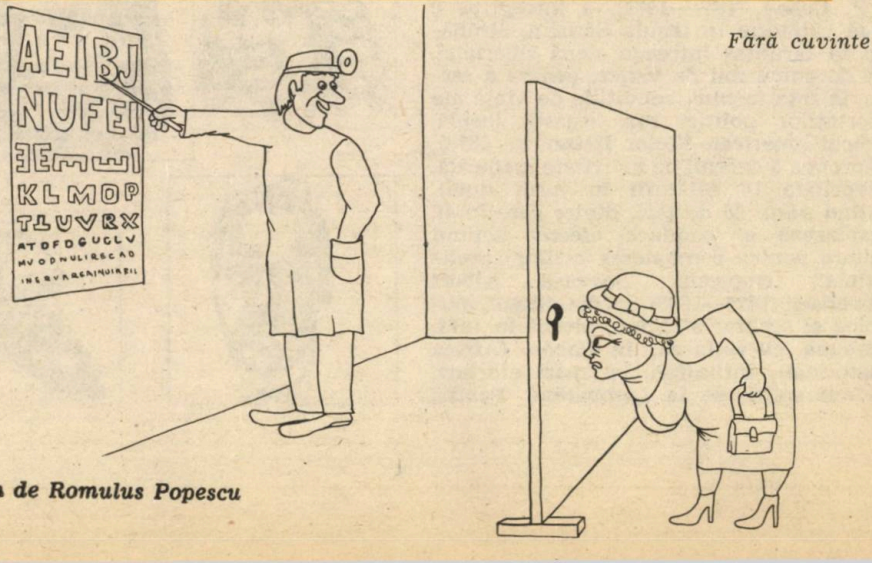
Experimental, unui bolnav ce a prezentat sindrom de imunodeficiență, în asociere cu antibioticele și antifungicele, care singure nu au adus vindecare anterior, i s-a administrat difenilhidantoină. Surprinzător, s-a produs regresarea furunculozei diseminate (răspîndite) și candidozei rebele localizată la nivelul căilor buco-traheale, constatîndu-se, totodată, prin determinări de laborator, și intensificarea capacității de stimulare a limfocitelor.

Se așteaptă studii suplimentare pentru ca un efect secundar al difenilhidantoinei să poată fi speculat, lărgindu-i acesteia spectrul de acțiune, utilitatea în maladiile imunitare, ce nu și-au găsit remedii ușor abordabile.

Dealtfel, acest medicament este suspectat și de alte efecte farmacologice, motiv pentru care în momentul prezent este mult studiat, pentru a i se stabili adevărata valoare, mai ales că noile efecte, se pare, aparțin unor doze mici, netoxice.

Farm. SILVIA CHERECHEȘ
CERCETĂTOR ȘTIINȚIFIC I.C.S.M.C.F.

Fără cuvinte



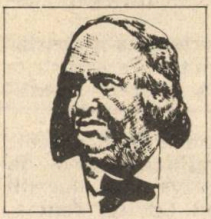
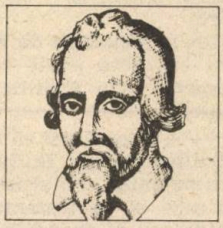
Desen de Romulus Popescu

MEDICI CĂLĂTORI PE MERIDIANELE GLOBULUI

Parcurgînd literatura dedicată călătoriilor, explorărilor şi descoperirilor geografice, nu trebuie să ne mirăm dacă, printre neobosiţii cutreierători ai lumii, ai mărilor şi oceanelor, vom întîlni numeroşi medici. Literatura de călătorie scrisă de medici, pe lîngă savoarea proprie genului, prezintă un plus de interes prin ineditul şi valoarea documentară conferită de formaţia medicală şi umanistică a autorilor.

Care sînt, de fapt, motivaţiile acestui neastîmpăr, capabile a determina pe unii medici să-şi abandoneze traiul tihnit şi să se avînte în lumea largă ?

Uneori este vorba despre dorinţa de a cunoaşte şi a alina suferinţele oamenilor. Cu secole în urmă, **François Rabelais** (1494—1553), medic şi scriitor, cuprins de un febril neastîmpăr, practica medicina în zeci de oraşe ale Franţei şi Italiei. La rîndul său, un alt mare medic şi scriitor, **A. P. Cehov** (1860—1904), a întreprins o lungă călătorie în insula Sahalin, străbătînd în tarantas întreaga stepă siberiană, cale de patru mii de verste, pentru a cerceta, la faţa locului, condiţiile de viaţă ale deportaţilor politici din această insulă. Medicul american **Victor Heiser** (n. 1878), în aproape 5 decenii de activitate medicală, întreprinde 16 călătorii în jurul lumii, vizitînd peste 60 de ţări, dintre care în 40 organizează şi conduce efectiv acţiuni sanitare pentru combaterea bolilor „pestilenţiale" tropicale. Doctorul **Albert Schweitzer** (1875—1965), medic, filosof, muzicolog şi scriitor alsacian, pleacă în 1914, împreună cu soţia sa, în Gabon (Africa ecuatorială), înfiinţînd, cu mari eforturi, celebrul spital de la Lambaréné. Pentru viaţa lui îndelungată dedicată umanităţii, el primeşte Premiul Nobel pentru Pace (1952). Este, de asemenea, grăitor exemplul **dr. Norman Bethune** (1888—1939), care a trăit, a lucrat şi a luptat în trei continente : în Canada, ţara lui natală, ca „medic al săracilor" şi membru al Partidului Muncitoresc, în Spania, ca medic în armata republicană (1936), şi în China, dăruindu-şi toate forţele de medic şi luptător cauzei poporului chinez (1938—1939), unde-şi găseşte sfîrşitul. În 1956, **dr. William Larimer Mellon** (n. 1910), împreună cu soţia sa, inaugurează un mic spital în Haiti, în oraşul Deschappelles, situat la 150 km de capitala ţării, Port-au-Prince, spital căruia i-a dat denumirea de „Albert Schweitzer". Timp de un sfert de secol a acordat asistenţă medicală populaţiei autohtone, îndeosebi copiilor, creînd şi un serviciu de chirurgie.

Altor medici, printre care majoritatea au fost şi reputaţi scriitori, călătoriile le-au satisfăcut setea de aventură, de neprevăzut sau au constituit prilejuri de îmbogăţire a cunoştinţelor despre om şi natură, le-au furnizat teme pentru lucrările lor literare.

Printre aceştia, chirurgul şi scriitorul scoţian **George Tobias Smolett** (1721—1771) a străbătut Pacificul ca medic de vas ; **Oliver Goldsmith** (1728—1774), pînă şi-a găsit vocaţia literară, a fost, pe rînd, medic, farmacist, preot, avocat, actor, învăţător, cutreierînd prin Franţa, Elveţia şi Italia ; **Sir Arthur Conan Doyle** (1859—1930), părintele celebrului Sherlock Holmes, s-a înălţat în văzduh cu un balon, a folosit în Elveţia un nou tip de skiuri norvegiene, a condus un spital de campanie în timpul războiului bur, a participat la o expediţie în susul Nilului ; **Archibald Joseph Cronin** (n. 1896), cunoscutul medic şi romancier, a funcţionat ca medic în India, iar nu mai puţin celebrul **Somerset Maugham** (1874—1965) a făcut numeroase călătorii în ţările calde. Fără îndoială, observaţiile culese de aceşti mari scriitori-medici, în cursul periplurilor lor pe glob, au inspirat multe din operele lor literare, devenite astăzi celebre. Este suficient să ne referim, în acest sens, la însemnările lui Cehov despre insulele Sahalin, la romanele marinăreşti ale lui Smolett sau la povestirile exotice ale lui Maugham.

Unii medici au fost pasionaţi exploratori, descoperind ţinuturi, mări şi oameni noi, publicînd totodată interesante volume de călătorie, cum ar fi jurnalele **dr. David Livingstone** (1913—1973), celebrul explorator al Africii, sau romanele polare ale medicului danez **Peter Freuchen** (1886—1957). Medicul **Jean Charcot,** fiul celebrului neuropsihiatru, a fost un navigator neobosit, scriind totodată numeroase cărţi de călătorie ; şi-a găsit sfîrşitul dispărînd, fără urme, într-un naufragiu în apele Islandei, în 1936. Mai recent, în 1952, **dr. Alain Bombard,** medic la Spitalul Naval din Boulogne-sur-Mer, face o călătorie neobişnuită, traversînd Atlanticul pe o ambarcaţie simplă, o plută pneumatică de cauciuc. Peripeţiile acestei originale călătorii le-a descris în carea „Naufragiat de bună voie".

Celebrul explorator polar norvegian **Roald Amundsen** (1872—1928), cel care avea să atingă primul, în 1911, Polul Sud, începe să studieze medicina, dar, rămas orfan, se hotărăşte să se facă marinar. Între 1897—1899 ia parte, ca ofiţer secund, la expediţia antarctică de pe vasul „Belgica", participînd la prima iernare a omului în Antarctica. Medicul vasului „Belgica" era exploratorul **Frederick A. Cook** (a nu se confunda cu celebrul explorator James Cook), iar printre participanţi se număra şi savantul naturalist român **Emil Racoviţă** (1868—1947).

Doi exploratori britanici, printre care şi medicul **Charles Burton,** au atins, în 1980, Polul Sud, şi în 1982, Polul Nord. În 1986, medicul francez **Jean-Louis Etienne,** în vîrstă de 39 de ani, a încercat să atingă Polul Nord geografic, de unul singur, folosindu-se de sănii şi schiuri. „Popy", cum i se spune medicului francez, are în palmares numeroase performanţe : a bătut recordul de traversare a Atlanticului (în 1976), a făcut înconjurul mărilor lumii (în 1977—1978), o concurat la raliul Paris—Dakkar, a luat parte la o expediţie în Himalaya (1980), iar în 1983 a escaladat faţa nordică a Everestului.

În 1987, o echipă de alpinişti iugoslavi, condusă de medicul **Tomazin Iztok,** în vîrstă de 27 de ani, a reuşit să escaladeze versantul sudic al vîrfului Dhaulaghiri, avînd înălţimea de 8 167 m.

Thomas Dover (1660—1741), medic englez de largă cultură şi, în acelaşi timp, un celebru călător, a servit ca model scriitorului Daniel Defoe pentru celebrul său roman „Robinson Crusoe". Printre exploratorii care au străbătut continentul african în secolul al XIX-lea, se numără şi medicul ceh **Emil Holub** (1847—1902), absolvent al Facultăţii de Medicină din Praga. Călătoriile sale prin sudul Africii, realizate cu mijloace financiare modeste, au relevat nu numai un observator atent al ţinuturilor parcurse, al populaţiilor umane întîlnite, al lumii animale şi vegetale, dar totodată un colecţionar activ şi avizat. A publicat cartea de călătorie „De la Capetown în ţara Masuculumbilor".

Dintre exploratorii români ai continentului african amintim pe farmacistul transilvănean **Francisc Binder,** care a efectuat o serie de călătorii între 1849—1861 pe valea Nilului Alb, în regiunea superioară a Nilului Albastru şi în Congo. Cu aceste prilejuri a colecţionat un bogat material mineralogic, floristic şi faunistic, pe care l-a donat Societăţii de ştiinţe naturale din Sibiu şi Şcolii din Sebeş, oraşul lui natal. Printre călătorii români care vizitează Africa mai menţionăm pe medicul veterinar **Sava Mihăilescu,** pe medicul şi chimistul **C. I. Istrati** (1850—1918), autorul cărţii „Bucureşti—Cairo, note de călătorie", pe dr. **C. I. Rădulescu** („Zile şi nopţi în Maroc"). Alte cărţi de călătorie au fost publicate de acad. dr. **Arthur Kreindler** („Călătorii, impresii şi însemnări", 1923), şi de tînărul medic **Liviu Pendefunda** („Drumuri prin Moldova", 1987).

Cel mai important medic-explorator român a fost însă **Hilarie Mitrea** (1842—1904), originar din Răşinari-Sibiu. Medic, explorator, naturalist, vînător, a fost cel dintîi român care a colindat patru continente, aducînd în patrie o zestre natu-

ralistă și etnografică de o excepțională valoare.

La 18 mai 1985, o expediție româno-nepaleză a atins vîrful Gurja-Himal (7 193 m), din munții Himalaya. Din expediție făcea parte și farmacistul **Ovidiu Bojor** (care a străbătut trei continente : Europa, Asia și Africa). A cercetat și cartat flora carpatină, întreaga floră spontană românească, umblînd singur, cu rucsacul în spate, timp de patru decenii. A cercetat flora africană ca expert O.N.U.D.I. și apoi flora himalayană. Din nefericire, acest mare succes alpinistic românesc (mai susmenționat) a fost umbrit de pierderea medicului expediției, **dr. Cezar Vărgulescu Păvăzan,** în vîrstă de 27 de ani, care a fost lovit de o stîncă, cu trei zile înainte de izbîndă.

În sfîrșit, referindu-ne la medicii călători în spațiul cosmic, trebuie arătat că primul medic cosmonaut a fost **Boris Borisovici Egorov** (n. 1937), care a efectuat o călătorie, în 1964, în spațiul cosmic. În prezent, printre cosmonauții care se pregătesc pentru viitoare zboruri cu echipaje americane sau sovietice se numără și două doctorițe : franceza **Claudie Deshays** și indoneziana **Prativi Sudarmono.**

Toți acești cutreierători ai lumii (la care au început să se adauge și cuceritori ai spațiilor cosmice), indiferent de scopul sau motivele care i-au purtat spre depărtări sau de locul în care au ajuns, nu au uitat niciodată că sînt, în același timp, oameni și medici, punîndu-și sufletul și priceperea lor în serviciul omului. Ei au servit întotdeauna, nemijlocit, umanitatea.

Dr. René Duda
I.M.F. Iași

EPIGRAME

SFAT

Să beți alcoolul cu rezervă,
Că sănătatea n-o conservă.

JURĂMÎNTUL BEȚIVULUI

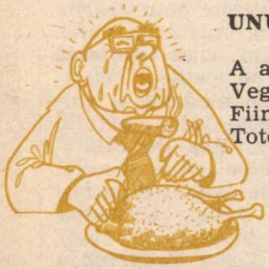
Vă jur, pe sănătatea mea, ei bine !
De azi, că nu mai beau deloc ;
Dar să cinstim, cum se cuvine,
Evenimentul : „Hai noroc !"

EPITAFURI

UNUI HIPPY

Toată viața-i de hoinar,
A umblat jegos, murdar ;
Astăzi s-a reabilitat
Că-n sfîrșit... s-a curățat.

UNUI OBEZ

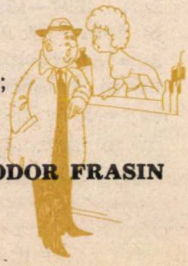


A ajuns, nu-i de mirare,
Vegetarian sadea,
Fiindcă pune în mîncare...
Totdeauna „Vegeta".

UNUI „CRAI"

I s-a indicat mișcare
Și la masă, vegetale ;
De aceea, fuge, oare,
Numai după „trufandale ? !"

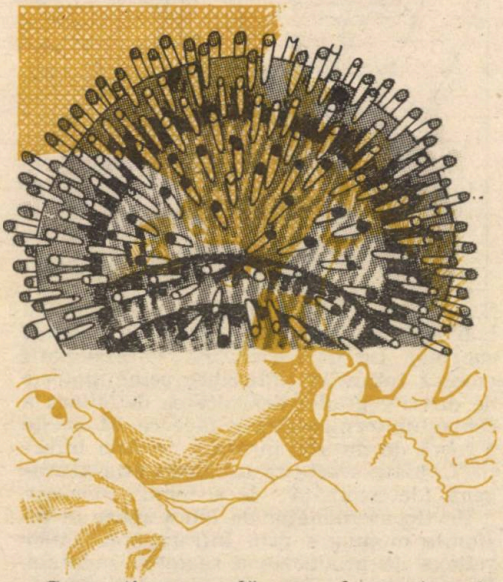
UNUI BEȚIV



Zace-aici, la nesfîrșit,
Cel ce și-a primit răsplata ;
A fost un neisprăvit
Și alcoolul l-a dat gata.

TEODOR FRASIN

STĂRILE FEBRILE DE CAUZĂ NEINFECȚIOASĂ LA COPIL



Concepția generală care domnește este că febra — simptomul cel mai des întîlnit în bolile copilăriei — are origine strict infecțioasă. Ideea că „febră egal infecție" este, fără îndoială, cea mai răspîndită dintre ideile medicale în rîndurile profanilor. Și este, în bună parte, dar nu în totalitate, adevărată, deoarece există febră fără infecție și infecție fără febră. De primul aspect — febră fără prezența vreunei infecții — ne vom ocupa, pe larg, în continuare. Cel de al doilea aspect poate fi ilustrat prin cîteva exemple : o infecție sau supurație strict localizată poate să nu se însoțească de febră. Așa se întîmplă în infecțiile cutanate **(piodermite),** în otita medie supurată, sinuzite etc. Infecțiile cronice pot să nu producă febră (unele cazuri de tuberculoză, sifilisul), iar în perioadele de scădere a reactivității organismului din stările de boală gravă și prelungită (anergie) febra poate să nu apară.

Apariția febrei în afara stărilor infecțioase se explică prin cunoașterea mecanismelor de termoreglare. În mod normal, temperatura corpului omenesc are oscilații de maximum un grad Celsius în decurs de 24 de ore, situîndu-se între 36°—37° la nivelul pielii (se ia de regulă în regiunea axilară). Temperatura intrarectală este cu 0,5° mai ridicată. Această constanță termică este rezultatul a două procese antagoniste : producerea de căldură — **termogeneza** —, care este de natură chimică, fiind datorită oxidărilor intracelulare, și deperdiția de căldură — **termoliza** —, care este de natură fizică, fiind datorită iradierii, conducției, convecției și perspirației (pierdere de apă prin evaporare la suprafață). Dintre toate aceste mecanisme de termoliză, singurul controlabil și supus reglărilor în organism este perspirația, care are loc la nivelul plămînului și, în special, la suprafața pielii. Echilibrul dintre termogeneză și termoliză asigură echilibrul termic al organismului. Alterarea sa într-un sens sau în celălalt duce la febră — **hipertermie** — sau la scăderea temperaturii — **hipotermie.**

Centrul termoreglator al organismului se află în trunchiul cerebral, în vecinătatea ventriculului al III-lea, și anume în hipotalamus (nucleu nervos de origine diencefalică). La prematuri și la nounăscuți, acest centru fiind insuficient dezvoltat, există riscul unui comportament **poikiloterm,** adică tendința de a căpăta temperatura mediului ambiant, spre deosebire de vîrstele mai mari, unde organismul devine **homeoterm** (cu temperatura constantă care nu este în dependență de cea a mediului extern).

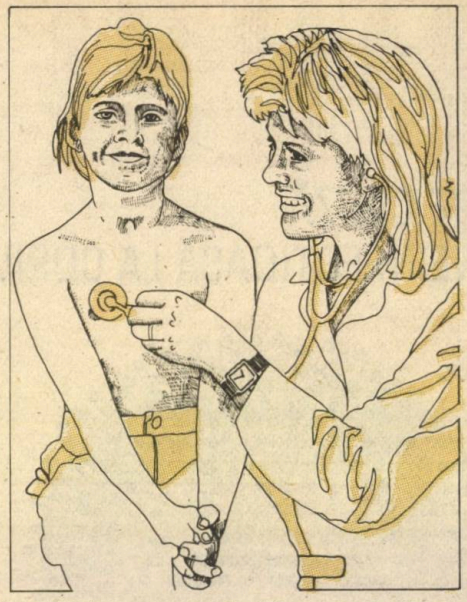
Dintre toate perioadele vieții, cea mai expusă la febră de cauză neinfecțioasă este vîrsta de nou-născut și de sugar, tocmai din cauza insuficientei maturizări a centrului reglator. Un nou-născut — și în special un prematur — expus într-un mediu cu temperatura ridicată se supraîncălzește și face febră.

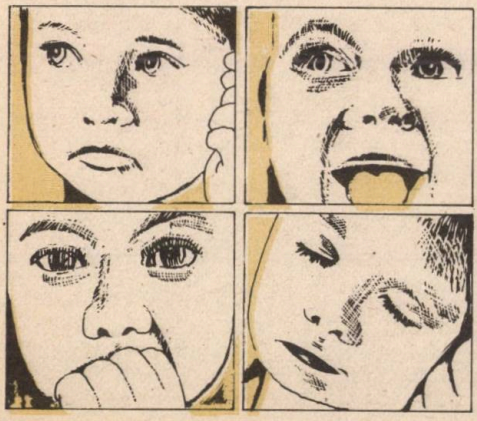
Există și alte cauze de febră la sugar, fără intervenția vreunui factor infecțios. Astfel, se știe că nevoia de apă a sugarului este mult mai mare (pe kilocorp și pe suprafață corporală) decît la vîrstele mari.

În primele 3 luni de viaţă, sugarul necesită 200 ml lichide/kilocorp în 24 de ore, iar lipsa acestui aport absolut necesar poate duce la febra de sete. Dacă însă insuficienţa aportului de lichide este foarte mare sau dacă sugarul pierde multă apă, fie prin perspiraţie în sezonul cald, fie prin diaree sau vărsături în caz de tulburări acute digestive, se produce **febră de deshidratare**. De asemenea, în cazul unui regim alimentar bogat în proteine, nevoia de apă creşte, fiind necesară pentru metabolizarea acestor proteine. Această situaţie se creează în cazul administrării de lapte praf prea concentrat, care fiind excesiv de bogat în proteine nu conţine cantitatea de apă corespunzătoare. Se citează febră şi în cazul unei alimentaţii prea bogată în sare, care necesită şi ea un aport hidric suplimentar. De notat că febra de deshidratare este posibilă şi la vîrstele mari, nu numai la sugar.

O altă cauză de febră neinfecţioasă la sugar, ca şi la copilul mai mare, o reprezintă anemiile. Se citează febră în cazul anemiilor feriprive (prin lipsă de fier), care nu cedează decît în urma administrării de fier. De asemenea, există febră şi în anemiile hemolitice (prin distrugeri ale hematiilor), cu ocazia crizelor de deglobulizare. Revărsatele de sînge în ţesuturi şi organe, chiar dacă nu sînt urmate de anemie prea importantă, pot produce febră neinfecţioasă. Astfel, hematoamele (colecţiile de sînge) situate subcutanat, intramuscular, retroperitoneal sau în plină cavitate abdominală sînt adesea însoţite de febră. Hemotoraxul (revărsatul de sînge în cavitatea pleurală), ca şi hemoragiile digestive, sînt adesea însoţite de febră neinfecţioasă. În toate aceste cazuri febra este de resorbţie (resorbţia treptată a sîngelui revărsat în afara patului vascular).

Un loc important îl ocupă febra produsă de tulburări în sistemul nervos central. Ea se datorează iritaţiei produsă asupra centrului termoreglator. Asemenea febră există în **hemoragiile cerebro-meningeale**, în **tumorile cerebrale**, în **chisturi** şi **hematoame intracraniene**, în **hidrocefalie** (dilatarea ventriculilor cerebrali, cu mărirea perimetrului cranian, uneori enormă). La unii copii cu encefalopatie cronică infantilă (întîrziere psiho-motorie de diferite grade) dezvoltarea deficitară a centrului termoreglator face ca să existe o febră de durată, în afara oricărei infecţii. În toate aceste cazuri febra este **neurogenă** (determinată de sistemul nervos).





Un tip asemănător de febră apare în leziunile medulare prin întreruperea căilor reflexe de producere a secreţiei sudorale. Există febră şi în unele dereglări neurovegetative, cum ar fi **disautonomia familială ***.

De actualitate sînt un grup de boli ale ţesutului conjunctiv, **colagenozele**, din care fac parte **artrita reumatoidă juvenilă, lupusul eritematos diseminat** (sistemic), **subsepsis allergica, panarterita nodoasă.** Toate acestea pot da febră, chiar ridicată şi prelungită, fără amestecul vreunui factor infecţios.

O importanţă tot mai mare capătă în zilele noastre bolile maligne, care sînt din ce în ce mai frecvent diagnosticate. Majoritatea lor sînt însoţite de febră, uneori persistentă şi care nu cedează decît în urma instituirii tratamentului cu citostatice. Dintre aceste afecţiuni menţionăm : **leucemia acută limfoblastică** şi **cea non-limfoblastică, leucemia cronică granulocitară, limfoamele maligne hodgkiniene** şi **nehodgkiniene, tumorile dezvoltate din ţesutul primitiv renal** (nefroblastoamele), **tumorile cu punct de plecare în ganglionii simpatici paravertebrali** (neuroblastoamele), **tumorile osoase** (osteosarcoamele), **mezenchimoamele maligne** etc. Această

* Disfuncţie neurovegetativă, cu caracter familial, de origine necunoscută, caracterizată prin apariţia de plăci cutanate, perspiraţie excesivă, accese de febră inexplicabilă, vărsături. convulsii.

categorie importantă și gravă de boli creează adesea probleme dificile de diagnostic tocmai prin simptomatologia necaracteristică și prin prezența febrei în afara oricărei infecții.

Mai amintim febra de cauză endocrină din **hipertiroidism** (boala Basedow), care se însoțește și de alte semne, mai caracteristice pentru această disfuncție tiroidiană.

Uneori și tratamentele pot fi generatoare de febră. Există **febra chimică,** datorită unor substanțe introduse injectabil în scop terapeutic, dintre care și unele antibiotice (Penicilina, Streptomicina). Se creează un cerc vicios : cu cît copilul face mai multă febră, cu atît tratamentul cu antibiotice se prelungește ; acest tratament prelungește și el febra chimică, ceea ce antrenează **prelungirea curei terapeutice,** cu același efect negativ, în continuare. Dar în afara medicamentelor injectabile există și medicamente administrate pe cale orală care pot provoca febra chimică : preparatele cu belladonă, fenobarbitalul, bromurile, iodul, unele antihistaminice.

Mai rare sînt unele boli congenitale ale pielii, care, împiedicînd mecanismul de termoliză, determină febră : **ihtioza** (boală în care pielea apare acoperită de scuame care evocă solzii de pește), **displazia ectodermală anhidrotică** (în care lipsesc glandele sudoripare ale pielii).

În legătură cu febra de deshidratare, mai trebuie menționate două situații care se întîlnesc la vîrste diferite. Mai întîi **febra tranzitorie** a nou-născutului : în primele 3—4 zile după naștere, din cauza aportului redus de lichide (alimentația la această vîrstă trebuie să fie progresivă), apare o febră moderată. Ea dispare odată cu creșterea rației de lichide. Există apoi în diabetul insipid (boală caracterizată prin mari cantități de urină și, consecutiv, sete permanentă) o febră care se rezolvă tot prin administrare de lichide, corespunzător cantităților pierdute și pe care organismul trebuie să le refacă.

Consecutiv unor traumatisme mari se produc distrugeri tisulare, urmate de resorbția deșeurilor rezultate. Din această cauză poate apărea febră în afara oricărei infecții. Aceeași situație se întîlnește în cazul arsurilor. În ambele cazuri însă este posibilă și suprainfectarea, deci rămîne la latitudinea specialistului să aprecieze dacă febra este de resorbție sau de infecție.

În cazul unei activități musculare crescute (criză de convulsii) survine febră prin oxidări celulare crescute. Dacă febra a existat însă înaintea convulsiilor, ea exprimă o infecție sau o altă cauză de febră, nu prin contracții musculare.

Mai trebuie amintită **febra psihogenă,** posibilă la copiii cu mare instabilitate nervoasă și care este declanșată de circumstanțe conflictuale sau stări de teamă, de nervozitate, de tensiune psihică. Într-un număr rar de cazuri se citează și **febra constituțională**, a cărei explicație este mai greu de formulat.

În concluzie, trebuie reținută posibilitatea că în numeroase situații febra la un copil poate să existe și în afara oricărei infecții.

Dr. VLADIMIR MIHĂILESCU
Șef de lucrări, Clinica de Pediatrie „Fundeni"

Desen de Viorel Sandu

— Și de cînd aveți impresia că sînteți un cal ? ?
— Încă de pe vremea cînd eram mînz !

Desen de Nic Nicolaescu

Fără cuvinte

TABLETE

PORTRETE ÎN

MEDICUL PRESCRIE, PACIENTUL FACE CUM ŞTIE

Pentru mulţi dintre dumneavoastră, stimaţi cititori ai acestei rubrici ce apare de şase ani consecutiv în „Almanahul Sănătăţii", titlul portretului de faţă poate fi oarecum surprinzător. În general, la această rubrică am portretizat, am acidulat, o serie întreagă de apucături ale unora care cred că sînt mai bolnavi decît în realitate. De această dată, vom face un portret, poate mai puţin precis, dar foarte des întîlnit. Este vorba de cel ce nu respectă prescripţiile medicului. Mai mult decît atît, el introduce o contribuţie „absolut personală" în tratarea bolii.

Desigur, orice bolnav are un important rol în tratarea propriei sale suferinţe.

El este întrebat de către medic în legătură cu apariţia bolii, cu istoricul acesteia, cu neplăcerile pricinuite de boală. Medicul îl va asculta cu toată atenţia, după care-l va examina şi-i va pune diagnosticul, bolnavul avînd îndatorirea de a respecta prescripţiile şi a informa periodic pe medic despre rezultatele tratamentului.

Unii dintre pacienţi, însă, avînd o prea puternică personalitate, încă din clipa în care au primit reţeta şi respectivele prescripţii se gîndesc cum ar putea face să „ajusteze" tratamentul, după bunul lor plac, conform teoriei : „cine poate să cunoască mai bine un organism, decît cel în cauză ?"

Medicamentele se prescriu în doze anumite, după reguli bine precizate, care să nu dăuneze organismului, dar în acelaşi timp capabile să biruiască boala.

Astfel, fiolele, fiind destinate injecţiilor, nu se beau. Intervalele la care trebuie luat medicamentul se cere a fi riguros respectat, ca şi modul în care trebuie luate o serie de pilule, înainte de masă sau după masă, la care se adaugă anumite restricţii alimentare şi culinare pentru anumite medicamente.

Aceste mici recomandări, considerate formale de unii, au un rol deosebit în succesul terapiei medicamentoase, ajutînd nu numai acţiunea medicamentului în cauză, dar contribuind şi la redarea mai grabnică a sănătăţii respectivului.

— «De ce mi-o fi prescris doctorul doar o pastilă de „Diazepam", seara la culcare, cînd eu nu dorm toată noaptea ? Ce poate să-mi ajute o pastilă atît de mică ? Ia să iau eu cîteva şi să vezi ce somn îi trag, că n-o fi foc !» Rezultatul ? Un somn adînc, din care familia nu-l poate trezi dimineaţa pe cel ce şi-a autoadministrat medicaţia şi, bineînţeles, se apelează la... Salvare.

Sau, de ce nu ?...

— «Am guturai, trebuie să-mi pun în nas cîteva picături de „Rinofug". Chit că am tensiune mare, n-o să mi-o ridice cîţiva stropi, puşi în nas. Sînt doar cîteva picături într-un ocean». Şi totuşi, cîteva picături pot ridica tensiunea arterială şi da necazuri nebănuit de mari.

Să mai amintim ceva în legătură cu administrarea antibioticelor : am auzit pe mulţi spunînd : — „Ce contează dacă doctorul mi-a prescris cutare sau cutare antibiotic şi eu iau alt antibiotic pe care-l am în casă ? Ce rău poate să-mi facă ? Doar tot antibiotic este ?"

În urma unor astfel de greşeli, pacientul va fi nevoit să meargă la medic, pentru a-şi trata nu boala în sine, ci răul pe care singur şi l-a făcut.

Dar „prescripţia personală" nu se opreşte aici. Ea are o arie mai largă, extinzîndu-se şi la regimul alimentar.

— „Ce dacă depăşesc cu vreo... 20 de kilograme greutatea mea ? O să stau nemîncat ? Auzi dumneata, să nu consum pîine, să nu mănînc dulciuri. Sînt doar... slăbiciunea mea !" sau : — „Să iau antibiotice şi să nu gust şi eu o ţuiculiţă sau un păhărel cu vin de sărbători ? Adică cum ?"

Dar despre dînşii ce părere aveţi ?

— „Medicul m-a găsit suferind cu inima şi mi-a prescris un regim de viaţă fără excese. Auzi dom'le, nici măcar o berică... Să vă spun drept, eu fără o ţigară şi o cafeluţă, chiar pe inima goală, simt... că mor..."

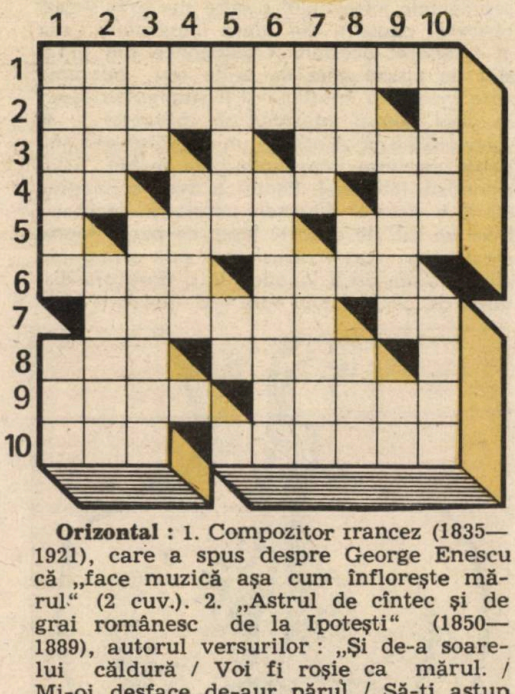
— „Medicul mi-a spus să nu consum sare şi eu, care am mîncat sărat şi piperat toată viaţa, să nu mai am gust la mîncare ? Chiar şi în spital, cît am fost internat, cînd se servea masa, scoteam o

cutie albă de plastic, din aceea în care se pun medicamentele, pe care era și etichetă, dar în care îmi pusesem sare, așa că presăram sarea în bucate... pe furate... să mă simt bine... să-mi priască masa și... tratamentul !...“

Am prezentat în rîndurile de mai sus cîteva modalități de a te autotrișa, de a-ți fura singur căciula, în dauna propriei sănătăți. Să fim atenți deci la prescripția medicului, respectînd medicația, regimul alimentar sau cel de viață, pentru a obține ameliorări sau vindecări ale sănătății noastre. Procedînd după sistemul „nici toate ale bolnavului, nici toate ale medicului“, orice suferind poate face greșeli capabile de a-i agrava boala. Atunci cînd medicul prescrie un tratament, urmați-i indicațiile și... țineți seamă și de rîndurile apărute în acest almanah.

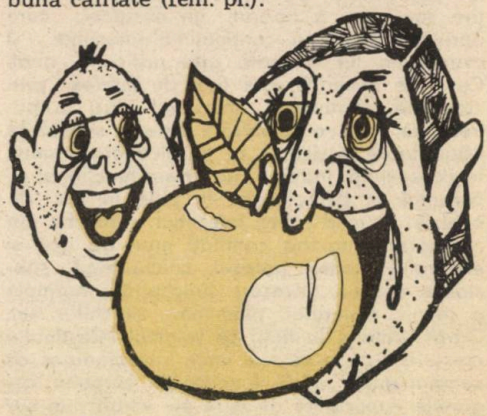
Dr. FLORIN COLONAȘ

SĂ NU VĂ LIPSEASCĂ MERELE



Orizontal : 1. Compozitor rrancez (1835—1921), care a spus despre George Enescu că „face muzică așa cum înflorește mărul“ (2 cuv.). 2. „Astrul de cîntec și de grai românesc de la Ipotești“ (1850—1889), autorul versurilor : „Și de-a soarelui căldură / Voi fi roșie ca mărul. / Mi-oi desface de-aur părul / Să-ți astup cu dînsul gura“ („Floare albastră“ ; Mihai). 3. Autorul poeziei „Mărul roșu“ (vol. „Focurile sacre“ ; Aurel) — „Mere...“, film realizat de Alexandru Tatos (sing.). 4. Bistrița-Năsăud (abr.) — Regizor care, împreună cu Manole Marcus, a realizat filmul „La mere“, după schița cu titlu omonim de Cehov (Iulian)— Acuzare ! 5. „...cu lalele și mere“, tablou de Cézanne (pl.) — Eroină din romanul „Ion“, de Liviu Rebreanu, care naște sub un măr. 6. A povesti — Șir. 7. Poet român (1877—1904), autorul poeziei „Merele“ (Ștefan) — Afiș ! 8. Mărul, de exemplu — Ouă mici. 9. Neroditor — Balaurul cu o sută de capete care păzea merele de aur din grădina Hesperidelor (mit). 10. Stradă (abr.) — Mere de culoare galben-portocalie, cu gust plăcut.

Vertical : 1. Compozitorul (1927—1984) melodiei „Măr vrăjit“ (Radu) — Trecătoare. 2. Pictor român (1831—1891), care a transpus pe pînză „Struguri și mere“ (Theodor) — Soi de măr cu fructe de culoare roșie-deschisă, folosite la fabricarea sucurilor și a cidrului. 3. Siglă pentru Institutul Internațional al Uraniului — Pictor român contemporan, autorul tabloului „Natură statică cu mere“ (Mircea). 4. Bine ! — Orășel în Olanda. 5. Cea mai frumoasă dintre Nereide, de la a cărei nuntă cu Peleu a rămas povestea cu mărul discordiei (mit.) — Biblioteca centrală ! 6. Bis ! — Erou care a răpit merele de aur din grădina Hesperidelor (mit.). 7. Ca merele pădurețe (masc. sing.) — Iatagan (înv.). 8. Strigăt al bacantelor în onoarea lui Bachus (mit.) — Șiragul lunilor — Oraș în Nigeria. 9. Eroina nuvelei „Mărul cunoștinței“, de Letiția Papu — În notă ! 10. Dezvinovățire — De cea mai bună calitate (fem. pl.).

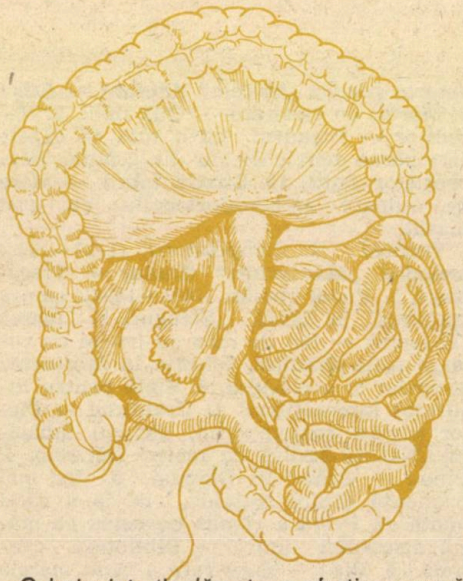


Dicționar : MAAT, TETIS, IATAN, EUO, EDE.

ADAM STOICA

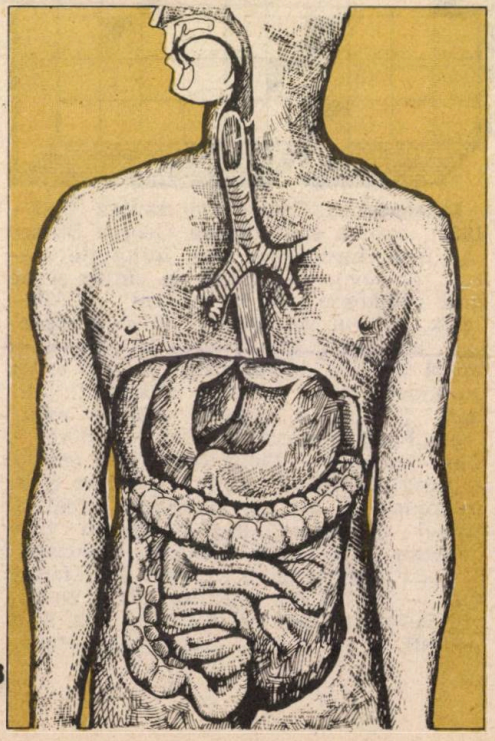
Ce este şi ce trebuie să ştim despre

OCLUZIA INTESTINALĂ



Ocluzia intestinală este o afecţiune gravă, care necesită neapărat intervenţie chirurgicală. Ea se caracterizează prin oprirea completă a evacuării conţinutului intestinal. *Bolnavul cu ocluzie nu are scaun şi nu elimină gaze.* Acestea sînt semnele esenţiale şi caracteristice ale bolii, ele datorîndu-se faptului că, undeva, pe traiectul intestinului subţire sau gros, a apărut un *obstacol,* care opreşte înaintarea conţinutului intestinal şi evacuarea lui normală prin orificiul anal. Ceea ce urmează este uşor de înţeles : prin stagnare, conţinutul intestinal intră în putrefacţie, în el se dezvoltă a serie de substanţe dăunătoare, toxice, care intoxică organismul. În consecinţă, întregul mecanism funcţional al corpului se dereglează. În plus, în caz de ocluzie, în mod reflex intestinul absoarbe din circulaţia sanguină cantităţi mari de apă şi electroliţi (sodiu, potasiu, calciu etc.), substanţe absolut necesare funcţionării normale a inimii, creierului, plămînilor, rinichilor etc. Drept urmare, în timp ce volumul intestinului creşte din ce în ce mai mult, încărcîndu-se cu componentele vitale funcţionării corpului, organele importante de care am vorbit mai sus sînt lipsite de acestea. Rezultă că starea generală a bolnavului se alterează progresiv, întrucît inima nu mai primeşte debitul necesar de lichide şi electroliţi pentru a le trimite în corp, pentru a funcţiona ea însăşi, creierul nu mai beneficiază de oxigen suficient, la rinichi nu mai sosesc din intestin substanţele toxice din corp pentru ca să fie eliminate, ureea, creatinina, elementele de semnal ale insuficienţei renale cresc etc. La cele de mai sus se adaugă şi destinderea intestinului, care declanşează dureri adeseori violente. Bolnavul intră într-o stare gravă de şoc şi, *dacă nu este operat de urgenţă,* nu mai poate fi salvat.

Am spus la început că ocluzia intestinală se datoreşte prezenţei unui obstacol pe unul din segmentele intestinului subţire sau gros. Acest obstacol poate fi *din afara intestinului* sau *în interiorul acestuia.* Obstacolele din afară sînt de obicei date de bride sau aderenţe care înconjură intestinul şi îl strangulează, ori în jurul cărora intestinul se răsuceşte – se volvulează –, formîndu-se un adevărat nod sau ghem de anse intestinale care închid, ocluzionează, intestinul. Pentru a avea o imagine clară a acestui fenomen patologic, închipuiţi-vă un tub de cauciuc lung, cu pereţi foarte elastici, pe care-l ocluzionaţi prin strîngerea cu o sfoară, ori îl înnodaţi la o oarecare distanţă de capătul prin care veţi introduce în el



apă. Veți constata, bineînțeles, că tubul se va dilata, dar conținutul din el nu va depăși obstacolul pe care l-ați provocat. Așa se produce și ocluzia (astuparea) intestinului. Obstacolul pe care l-am descris este din afară, dar poate să existe obstacol și înăuntrul intestinului, dacă pe peretele interior al său se dezvoltă o tumoare. Există între aceste două eventualități o deosebire. În timp ce strangularea din afară declanșează fenomene bruște, acute, dramatice, care vin „ca din senin", astuparea intestinului datorită unui obstacol dinăuntru, printr-o tumoare, se instalează încet, în timp îndelungat, progresiv, încît aproape că bolnavul nici nu-și dă seama. Foarte deseori fenomenele alarmante de ocluzie apar numai cînd tumoarea a crescut atît de mult, încît ajunge să ocupe tot interiorul intestinului.

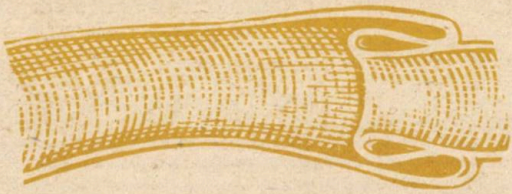


Fig. 1 – Ocluzie prin invaginația intestinului subțire.

Pentru a încheia acest capitol al cauzelor care pot declanșa o ocluzie, menționăm că ocluzia intestinală poate să apară și prin intrarea unei porțiuni de intestin în orificiul unei hernii, ca de exemplu într-o hernie inghinală. Ansa intestinală ieșită din abdomen sub piele, prin orificiul de hernie, nu mai reintră în abdomen, e strangulată și tranzitul intestinal complet oprit. Mai există, de asemenea, și alte cauze de ocluzii, unele mai frecvente la copii : *ocluzia prin înfundarea* (invaginarea) unei anse în alta, „ca un deget de mănușă", și *ocluzia prin cantități mari de ascarizi* (viermi intestinali). Aceștia pot crea adevărate ghemuri, care astupă orificiul intestinal. Destul de frecvente sînt ocluziile la copiii – sau chiar la adulții – care au răul obicei de a înghiți fructe, împreună cu sîmburii respectivi : cireșe, vișine, prune, struguri etc. Sîmburii nu se digeră în intestin și pot să se constituie într-un adevărat bulgăre mare și dur, care se oprește undeva, de-a lungul intestinului subțire, îl astupă și determină o ocluzie. De asemenea, ingerarea unor cantități mari de vegetale care dezvoltă rapid multe gaze – fasole, mazăre (uscate) – poate să favorizeze o răsucire (volvulare) a intestinului subțire sau a celui gros și să dea naștere astfel unei ocluzii. La vîrstnici, ale căror mișcări intestinale – mai ales ale intestinului gros (colonului) – sînt mai lente, conținutul intestinal se poate întări, pietrifica, creînd o falsă tumoare, denumită în mod curent *fecalom*, care astupă complet lumenul colonului, putînd determina o încetare completă a tranzitului. Eventualitatea aceasta poate să apară și la persoane mai tinere, care suferă de constipație cronică. Mai sînt și alte eventualități de ocluzie, dar cu frecvență mai rară, încît nu le mai menționăm aici, mai ales că simptomele, ca și terapeutica bolii, sînt practic aceleași.

Fig. 2 – Modalități de ocluzie intestinală prin bride.

Fig. 3 – Ocluzie intestinală prin aderențe.

Înainte însă de a vorbi mai pe larg despre semnele pe baza cărora putem recunoaște o ocluzie, să insistăm puțin asupra termenilor de bride și aderențe, pe care i-am menționat la început ca o cauză frecventă a ocluziilor. *Bridele* sînt niște formațiuni fibroase, uneori adevărate coarde sau sfori, mai mult sau mai puțin groase, care înconjură ansele intestinale și le strangulează. *Aderențele* sînt pînze fibroase, ce leagă un organ de altul, care se pot întinde și la peretele abdominal. Sub ele sau printre ele pătrund anse intestinale care, așa cum am arătat mai sus, sînt strangulate sau se învîrtesc (se volvulează), se fac ghem în jurul lor. Aceste bride și aderențe sînt urmarea unor operații mai laborioase pe care le-a su-

ferit cîndva bolnavul. Pot apărea şi după operaţii mai simple, dar în care a existat puroi sau sînge în peritoneu : apendicită gangrenoasă, sarcină extrauterină, pelviperitonită etc. *Nu toţi bolnavii care au fost operaţi pe abdomen, chiar cu operaţii mari, sînt expuşi la ocluzie, dar ori de cîte ori avem de-a face cu un astfel de operat, care nu mai poate elimina scaune şi gaze, este bine să ne gîndim şi la o ocluzie.*

Şi acum încă vreo cîteva cuvinte şi despre faptul că nu orice bolnav care nu are scaun, nu elimină gaze, suferă neapărat de ocluzie. Constipaţii cronici care au un „intestin leneş" sau un colon foarte mare, ale cărui mişcări sînt foarte lente, pot să nu aibă două-trei sau poate chiar mai multe zile scaun. Aceştia îşi cunosc dealtfel afecţiunea de bază. Ei nu au scaun, se simt foarte balonaţi, dar elimină totuşi gaze. Există şi unele afecţiuni din afara cavităţii abdominale, spre exemplu o durere renală, determinată de prezenţa unui calcul în rinichi sau ureter, care face ca intestinul să se mişte mai puţin, să se dilate în mod reflex, să aibă o paralizie (pareză) trecătoare. Acelaşi gen de pareză poate apărea şi în cazul unor traumatisme de coloană vertebrală, datorită lezării rădăcinilor nervoase. De asemenea, practic, după toate operaţiile pe abdomen, intestinul „iritat" de manevrele la care a fost supus sau de secreţiile încă existente în abdomen îşi reia mişcările normale de abia după 4–5 zile de la operaţie, timp în care bolnavul nu are scaun, se meteorizează (balonează), adeseori nu elimină nici gaze. În această situaţie, similară cu cea din colica renală, este vorba de o simplă *pareză intestinală* – un ileus paralitic sau dinamic – cu care chirurgii sînt obişnuiţi. Atunci cînd se reia alimentaţia, cînd bolnavul se dă jos din pat şi musculatura pereţilor abdominali contribuie la forţarea intestinelor, ca să-şi reia tonicitatea normală, dacă se ajută relaxarea sfincterului anal cu un supozitor de glicerină, dacă se face o clismă sau se stimulează mişcările peristaltice ale intestinului cu medicamente adecvate — Miostin, spre exemplu — ori simple perfuzii cu ser clorurat, totul reintră în normal : bolnavul elimină gaze, are scaun, starea generală se îmbunătăţeşte evident. Această evoluţie dovedeşte că pe traiectul intestinului nu a fost un obstacol adevărat, ci totul era determinat de o paralizie trecătoare (o pareză) a musculaturii intestinale.

CUM EVOLUEAZĂ O OCLUZIE ŞI CARE ALTE SIMPTOME POT ATRAGE ATENŢIA ASUPRA ACESTEI BOLI

O ocluzie odată instalată evoluează de obicei progresiv, obligînd la intervenţia chirurgicală. Pot exista însă situaţii cînd ocluzia nu s-a instalat complet şi perioadele mai alarmante alternează cu perioade liniştite. Spre exemplu, în cazul unei tumori intestinale, atunci cînd tumoarea nu a umplut tot interiorul intestinului, există perioade acute, cînd bolnavul nu are scaun cîteva zile, prezintă simptome specifice ocluziei, apoi mişcările intense executate de intestin reuşesc să învingă obstacolul, conţinutul intestinal îşi găseşte un oarecare loc pe lîngă tumoare, bolnavul începe să aibă scaun. Poate avea chiar cîteva zile de adevărată diaree. Apoi apare din nou o perioadă de constipaţie cu dureri abdominale mai lungi sau mai scurte, urmată şi ea de diaree. *Această alternanţă constipaţie-diaree trebuie semnalată neîntîrziat medicului, pentru că ea poate fi un semn relativ precoce de cancer intestinal şi deci operaţia se poate face în timp util.* În acest caz bolnavul nu numai că este salvat de ocluzie, dar se poate şi vindeca complet de cancer. E locul să menţionăm aici că este bine să urmărim felul cum arată scaunul acestor bolnavi, deoarece adeseori el poate fi sanguinolent, determinat de sîngerarea tumorii care produce obstacolul. De asemenea, un copil mic, cu ocluzie prin invaginaţie intestinală, poate şi el să elimine sînge prin anus.

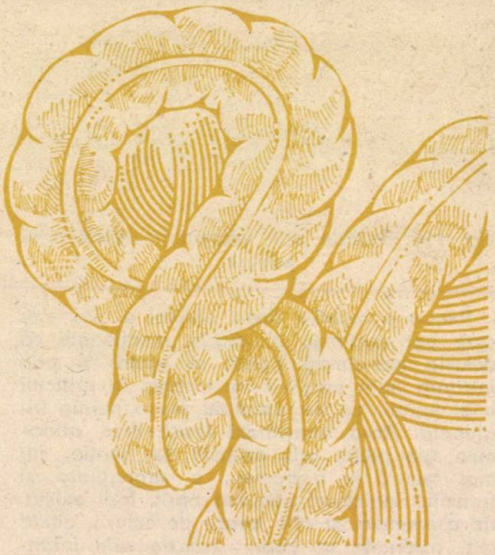


Fig. 4 – Ocluzie prin volvulus (răsucire) a intestinului subţire.

În categoria ocluziilor pasagere trebuie să amintim unele răsuciri (volvulări) de colon sigmoid (porţiunea terminală a colonului), cînd acesta este foarte lung. Dacă acestea sînt sesizate la timp şi se practică o clismă „înaltă", eficientă, colonul sigmoid se poate readuce prin clismă în poziţia normală şi pericolul ocluziei poate fi depăşit. Există, de asemenea, foarte frecvent strangulări prin hernie inghinală sau inghinoscrotală, care pot să nu ajungă la ocluzie, dacă bolnavul ştie cum să procedeze atunci cînd a con-

statat că hernia nu se mai poate introduce la loc în abdomen şi are dureri mari. În aceste cazuri, dacă bolnavul se aşază în pat, într-o poziţie relaxată, dacă apoi, cu delicateţe, strînge în mînă ansele intestinale, încercînd să evacueze din ele gazele pe care le conţin şi să le trimită în ansele din abdomen, poate constata că intestinul din hernie s-a micşorat evident şi că poate să-l introducă uşor în abdomen. Este aşa-numita manevră a reducerii herniei strangulate prin „taxis" (aranjare la locul ei normal). Este de la sine înţeles că astfel de bolnavi trebuie să fie operaţi neîntîrziat de hernie, pentru că pot repeta oricînd accidentul de ocluzie. De asemenea, este bine să se ştie că, dacă bolnavul a trebuit să recurgă la manevre mai brutale pentru reducerea herniei strangulate, trebuie să se adreseze *neîntîrziat* unui chirurg, pentru că *este posibil ca ansa intestinală care a fost strangulată în hernie să fi fost deteriorată şi să producă, odată intrată în abdomen, o perforaţie şi o peritonită.*

Am spus chiar de la început că ocluzia intestinală are drept semne caracteristice oprirea evacuării scaunelor şi a gazelor prin anus, dar un alt semn important este şi *durerea.* Ea este determinată de doi factori. În primul rînd, dilataţia accentuată a intestinului care, iritînd terminaţiile nervoase existente aici, provoacă durere. Dilataţia se datoreşte faptului că alimentele şi apa ingerate de bolnav, cea absorbită în mod reflex de intestin, ca şi variatele sucuri care vin în intestin din stomac, de la ficat sau de la pancreas, nu pot depăşi obstacolul şi se adună în cantităţi din ce în ce mai mari. Dar în afară de aceasta durerea mai este provocată *şi de mişcările peristaltice prin care intestinul caută să trimită conţinutul din el dincolo de obstacol.* Durerea maximă se produce atunci cînd unda peristaltică ajunge şi se „izbeşte" de obstacol. După aceasta ea încetează sau se atenuează pentru un timp, intestinul se odihneşte şi apoi iar îşi reia încercarea de înaintare şi de învingere a obstacolului. Este o durere foarte asemănătoare cu durerile de la naştere, cînd uterul se contractă ca să expulzeze fătul. Aceste dureri intermitente, de lungă durată, sînt un *semn alarmant* nu numai prin ele însele, dar şi prin faptul că intestinul în suferinţă poate să se gangreneze la un moment dat, să provoace o perforaţie urmată de peritonită, complicaţie după care rareori bolnavul mai poate fi salvat.

În legătură directă cu cele de mai sus este creşterea foarte mare în volum a abdomenului, determinată de ansele intestinale, care se dilată mult şi au în ele atît conţinut lichid, cît şi gaze. Bolnavul este mult balonat (meteorizat). Uneori prezenţa de lichid amestecat cu gaze din intestin se poate simţi şi de bolnav, atunci cînd execută mişcări orizontale. El poate chiar auzi „zgomote hidroaerice", similare cu cele dintr-un vas umplut parţial cu apă, pe care-l clatini. Acest amestec de lichid cu gaze se pune în evidenţă foarte clar la un examen radiografic cu bolnavul în picioare. Se văd în abdomen, pe intestine, cuiburi pline de lichid, orizontale, parcă ar fi cuiburi de rîndunică, avînd deasupra gaze.

Fig. 5 — Diferite localizări ale tumorilor din intestinul gros, care pot produce ocluzii.

Un semn care apare în general tîrziu, în cadrul unei ocluzii, şi care nu trebuie aşteptat, pentru că starea generală a bolnavului se poate deteriora mult între timp, este *vărsătura fecaloidă.* Este vorba de o vărsătură de tip special. Nu o vărsătură de lichid gastric, amestecat eventual cu bilă, ci o vărsătură cu lichid care provine din intestin. În cazul în care, după multiple încercări, intestinul supraplin nu a putut învinge obstacolul de ocluzie, *el îşi trimite conţinutul său înapoi în stomac, de unde se elimină prin vărsături.* Este un lichid care miroase urît, putrid, asemănător cu fecalele.

Dacă ocluzia nu este tratată şi evoluează, starea generală a bolnavului se alterează şi, în afara simptomelor de mai sus, el mai prezintă *o sete intensă, pielea i se usucă şi se subţiază,* din cauză că, aşa cum am spus mai sus, lichidele băute nu mai sînt trimise în organism ci, din contră, şi cele din organism sînt atrase în intestin. *Pulsul devine rapid şi foarte slab, tensiunea arterială scade, respiraţia devine mult mai frecventă şi superficială.* Bolnavul *urinează din ce în ce mai puţin* şi apar numeroase alterări ale rezultatelor de laborator ; bolnavul, agitat la început, devine din ce în ce *mai puţin reactiv, apatic, adinamic şi, dacă nu este asistat la timp, intră într-o stare gravă de şoc, apoi în agonie şi moare.*

CUM TREBUIE SĂ NE COMPORTĂM ÎN CAZUL UNEI OCLUZII

Sigur că, în primul rînd, trebuie să ne dăm seama dacă este o ocluzie sau nu. Cele expuse anterior considerăm că pot fi foarte

utile pentru o orientare în astfel de cazuri. Nu e bine nici să ne alarmăm inutil şi să luăm drept ocluzie o simplă constipaţie, o „balonare" abdominală, care apare după ingerarea anumitor alimente sau la bolnavi care nu fac suficientă mişcare. Un purgativ uşor, oleu de parafină, Carbocif, Ciocolax, Laxatin, ceai de crușin sau o clismă, mişcări în aer liber sau cel puţin prin cameră pot rezolva bine astfel de situaţii. Nu trebuie să interpretăm drept ocluzie oprirea tranzitului determinată de un fecalom. O clismă înaltă, care ajunge la fecalom şi-l topeşte, este suficientă pentru a rezolva situaţia. Nu trebuie luată drept ocluzie, ce trebuie tratată chirurgical, o dilatare a anselor intestinale determinată de o colică renală, de un traumatism pe coloana vertebrală sau care apare imediat după operaţii pe abdomen. Durerea în lombe, caracteristică unei colici renale, micţiunile frecvente, urina uneori cu sînge, un antispastic administrat (Lizadon, Papaverină, Scobutil), care remediază fenomenele dureroase şi balonarea intestinală, ne ajută să considerăm că a fost vorba de un simplu ileus reflex, paralitic, trecător, caracteristic colicei renale. În cazul unei pareze intestinale determinată de un traumatism pe coloana vertebrală, administrarea de calmante (Algocalmin, Piafen, Fortral) sau decontractante-relaxante (Mydocalm, spre exemplu) poate să amelioreze pareza intestinală. În ceea ce priveşte pareza intestinală postoperatorie, nu vom insista asupra ei, întrucît aceasta, producîndu-se sub supravegherea chirurgului, în spital, va fi recunoscută şi tratată de către acesta.

Atunci însă cînd observăm fenomenele caracteristice ocluziei, descrise mai sus, cînd vedem că nu am reuşit prin metodele simple menţionate ca bolnavul să aibă scaun şi să elimine gaze, este foarte necesar să ne adresăm chirurgului care, în caz de ocluzie, după ce va face bilanţul stării generale a bolnavului prin examenul clinic şi de laborator, va face o reechilibrare mai lungă sau mai scurtă a stării biologice a bolnavului, în raport de situaţie, introducînd intravenos soluţii electrolitice cu sodiu, potasiu, glucoză etc., în funcţie de constantele de laborator, va aspira conţinutul gastric şi va opera apoi bolnavul cu scopul de a ridica obstacolul existent. Uneori operaţia este foarte puţin dificilă : simpla secţionare a unei corzi (bride) care strangulează intestinul sau eliberarea acestuia din aderenţa sau din inelul de strangulare herniară poate reda, repede şi complet, starea generală bună a bolnavului. Alteori operaţia poate fi mult mai complexă : rezecţia anselor care s-au necrozat din cauză că strangularea a fost de lungă durată sau că unele anse nu au circulaţia normală (infarct intestinal). De asemenea, rezecţia este necesară şi în cazul prezenţei unei tumori intestinale, în situaţia în care starea generală a bolnavului permite această operaţie foarte complexă. Uneori chirurgul este obligat să recurgă la un *anus contra naturii* — operaţie puţin traumatizantă şi rapidă, care constă în scoaterea, la exterior, a unei porţiuni a colonului dinaintea tumorii, pentru ca materiile fecale să fie evacuate pe aici, pînă ce starea generală a bolnavului se îmbunătăţeşte şi permite şi o a doua operaţie, pentru extirparea intestinului, împreună cu tumoarea.

Încheiem aci cele cîteva elemente care am considerat util a fi cunoscute de marele public, în speranţa că acestea vor putea facilita descoperirea mai urgentă a acestei afecţiuni. Rezultatele sînt de obicei bune cînd boala este descoperită şi tratată la timp, dar cu urmări totdeauna tragice atunci cînd bolnavul nu e tratat sau cînd ajunge prea tîrziu la spital.

În scopul de a ajuta la o orientare cît mai rapidă a celor ce sînt confruntaţi cu astfel de bolnavi, redăm, sub formă de concluzii, cele spuse mai sus.

— Bolnavul cu ocluzie intestinală nu are scaun şi nu elimină gaze.

— Are dureri abdominale, de tip intermitent (ca la naştere), adeseori, pe un fond de durere permanentă surdă.

— Abdomenul său creşte mult în volum (este balonat).

— Varsă curînd după instalarea ocluziei (după 3—4—5 zile are chiar vărsături fecaloide).

— Este neliniştit, anxios, are sete foarte mare, pielea se subţiază, se usucă, pulsul este rapid şi slab, tensiunea arterială scade. Fără tratament bolnavul devine apatic, indiferent, intră în stare gravă de şoc, apoi în comă şi moare.

— Cauzele ocluziei pot fi : bride, aderenţe, strangularea intestinului în orificiul unei hernii, răsucirea (volvularea) intestinului, infarctul intestinal, prezenţa unei tumori în intestin. La copii, îndeosebi, sînt frecvente ocluziile prin invaginaţia intestinului, prin ghemuri de ascarizi sau sîmburi de fructe.

— Alternarea, mai ales la cei în vîrstă, a constipaţiei cu diareea poate să fie semn de cancer intestinal.

— Atenţiune la bolnavii care au avut în trecut operaţii pe abdomen, la femeile care au avut pelviperitonite. Aceştia pot avea în abdomen aderenţe sau bride.

— Trebuie însă reţinut că lipsa de eliminare de gaze şi vînturi nu este totdeauna ocluzie, dacă această lipsă e temporară. Poate fi vorba numai de o constipaţie trecă-

toare sau cronică. Efectuarea unei clisme, plimbarea în casă, dar mai ales în aer liber, pe jos, rezolvă aceste cazuri.

– Prezența unui fecalom în intestin poate să imite o ocluzie.

– Colica renală, traumatismele coloanei vertebrale pot declanșa un ileus paralitic, care imită ocluzia, dar care se vindecă prin tratament medical, nu chirurgical.

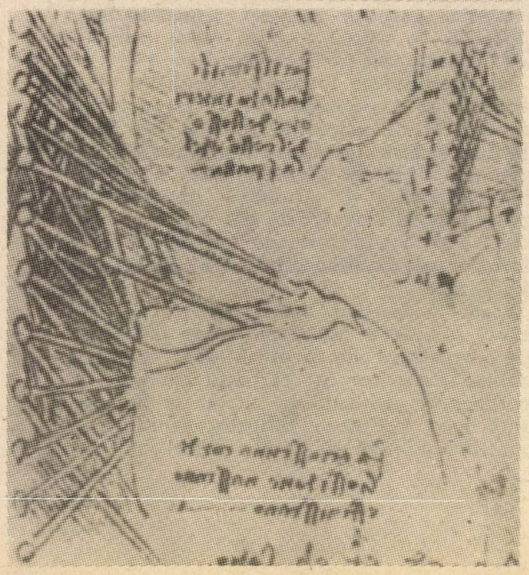
– Toți bolnavii operați pe abdomen prezintă, pentru perioade mai lungi sau mai scurte, lipsa de scaun și gaze.

– Copiii au foarte des colici (dureri) abdominale, dar extrem de rareori aceste colici relevă o ocluzie.

– În orice caz de nereușită a reluării tranzitului de materii fecale și gaze este necesar să ne adresăm neîntîrziat medicului.

Dr. MIHAI MIHĂILESCU
– MEDIC PRIMAR CHIRURG –
SPITALUL CLINIC AL MUNICIPIULUI
BUCUREȘTI

LEONARDO DA VINCI
ANATOMIST

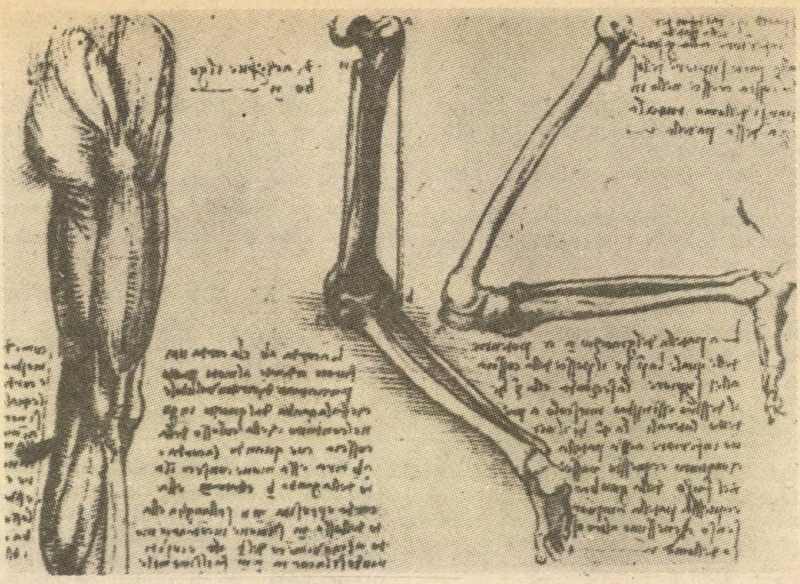


Dacă ar fi să trecem în revistă realizările din multiplele domenii de care s-a ocupat Leonardo da Vinci, în cei 67 de ani ai vieții sale (1452—1519), am putea constata cu ușurință o varietate deosebită de preocupări, ca și faptul că multe dintre ideile sale au precedat, cu secole, nenumărate invenții.

Deși o mare parte din scrierile sale s-au pierdut, a rămas totuși un număr de peste 5 000 de pagini desenate și adnotate de el, cu acel scris caracteristic, de la dreapta spre stînga. Chiar și acest amănunt al scrierii inverse reprezintă o valență a capacității sale creatoare, cu totul ieșită din comun.

Titanica sa activitate l-a făcut să fie cunoscut nu numai ca artist, ci și ca arhitect, muzician, savant, geolog, designer, inginer, inventator de geniu și chiar ca anatomist. El a reușit să creeze, ceea ce nimeni altul pînă la el nu făcuse, modelele gemene ale artei și științei. Într-o perioadă minunată pentru arte și științe, pe care o reprezintă Renașterea, Leonardo este poate cel mai reprezentativ tip, dar nu singurul. Să nu uităm că Renașterea are atîtea și atîtea figuri de seamă printre artiști : Michelangelo Buonarotti, Benvenuto Cellini, Albrecht Dürer, sau profesorul lui Leonardo, Andrea del Verrocchio.

Într-o multitudine de preocupări, registru deosebit de bogat raportat și la zilele noastre, trebuie subliniată pasiunea sa pentru sinteze, pentru arhitectura sistemelor vii. Astăzi tehnicul a eliminat, poate, biologicul. Dar, totuși, nu s-a întors oare la el ? Ce reprezintă în acest caz bionica, dacă nu speculațiile tehnice ale unor elemente biologice ? Pe vremea lui Leonardo nu erau atîtea discipline tehnice și biologice ca în zilele noastre și totuși erau destule minți care gîndeau în cele mai înalte sfere și spre cele mai depărtate orizonturi. Așa se face că meșterul Leonardo, prin studiul atitudinii păsărilor, al zborului lor, a desenat **ornitopterul,** un strămoș al deltaplanului, aducînd în practică primele elemente ale acelei științe denumite de noi, astăzi, bionică.



Corpul uman l-a fascinat pe marele neliniştit. Leonardo situează omul în centrul preocupărilor sale şi continuă ideea conform căreia omul este măsura tuturor lucrurilor.

Atras irezistibil de anatomie, disecă corpul uman, expunîndu-se rigorilor legii care interzicea această preocupare, fie ea şi în folosul ştiinţei. Leonardo nu va rămîne la disecţia planurilor superficiale. Va studia nu numai muşchii şi planurile care-l interesau din punct de vedere plastic şi pe care le va reproduce în sculpturi sau în picturi. El va merge cu mult mai profund, studiind organele interne, desenînd, cu o uluitoare precizie, inima şi rinichii. Va lucra planşe anatomice pînă la bătrîneţe, anatomia captivîndu-l. Practica disecţia şi-şi nota şi desena tot ceea ce vedea, dintr-o fermă convingere, din acea sete a cunoaşterii, care-l mistuia. Atent la ceea ce-l înconjura, atent la fenomenul biologic studiază nu numai oamenii, dar şi arborii, descoperind tulburări de nutriţie la copacii decorticaţi şi notează : „Deşi aceste lucruri nu-mi servesc la pictură, totuşi le scriu aşa cum pot, ca să rămînă în urma mea însemnări despre arbori".

Observator fin, cercetător înarmat cu răbdare, spirit de investigaţie ce gravita în jurul geniului, la toate adăugîndu-se talentul său de desenator, a lăsat nenumărate planşe, desenate în graba disecţiei, uimitoare desene, impresionînd prin exactitatea şi meticulozitatea adnotaţiei. Şi, între toate acestea, inima. Inima îl captiva pe maestru. Aici era sediul unor miraculoase fenomene. Va reflecta mult asupra ei şi asta-l va face să intuiască, cu un secol înaintea lui William Harvey (1578—1657), rolul inimii în marea circulaţie. Ideile leonardeşti sînt anticipative în acest domeniu, nu numai în privinţa anatomiei cardiace, ci şi asupra funcţiunii cardiace, ca şi asupra aparatului valvular al inimii.

Iată cum descrie el configuraţia inimii, acest veritabil **„strumento mirabile"**, în caietele de anatomie : „Inima are patru ventricule (prin ventricule Leonardo înţelege compartimente), adică două inferioare, în substanţa inimii, şi două superioare, în afara substanţei inimii şi, din acestea, două sînt pe dreapta şi două pe stînga, iar cele superioare sînt separate de cele inferioare printr-un fel de portiţe" (ceea ce noi astăzi numim valvule).

Din punct de vedere funcţional, intuieşte mişcările de sistolă şi diastolă, afirmînd : „Inima se scurtează în timpul expulzării sîngelui".

Mai mult decît atît, se enunţă indirect una dintre proprietăţile fundamentale ale muşchiului cardiac, **automatismul**, prin acea notare referitoare la faptul că „inima se mişcă de la sine şi nu se opreşte decît pentru vecie".

Maestrul nu se sfieşte să deosebească muşchii viscerali (nesupuşi voinţei) de cei scheletici (supuşi voinţei), argumentînd : „Muşchii ce mişcă gamba nu-şi îndeplinesc funcţiunea fără ca omul să ştie".

Cu genialitatea-i caracteristică va devansa chiar şi pe René Descartes, în teoria actului reflex, afirmînd : „Cîteodată nervii lucrează de la sine, fără comanda voinţei", bazîndu-se pe observaţie de medicină practică, şi anume : „Fenomenul apare clar la paralitici, ale căror tremurături sînt involuntare, iar voinţa, cu orice sforţare, n-ar putea împiedica membrele să tremure".

Atent la funcţie, spirit căutător, a observat mişcările stomacului, ca şi mişcările peristaltice ale intestinului şi reflexele irisului. Referitor la reflexul irian şi la acomodarea ochiului la variaţiile de lumină nota : „Pupila ochiului se schimbă în atîtea mărimi variabile după cum va-

riază luminozitatea sau întunecarea obiectelor privite", introducînd imediat o comparaţie : „Natura procedează ca şi cel care, avînd prea multă lumină în casă, îşi acoperă ferestrele, mai mult sau mai puţin, după nevoie".

Dealtfel, ochiul l-a fascinat. Şi-a pus nenumărate întrebări, printre care şi pe aceea referitoare la faptul că imaginile percepute de ochi sînt răsturnate. Rezolvarea acestor probleme de optică a aflat-o prin presupunerea că „razele luminoase suferă o dublă refracţie, una înaintea cristalinului, prin pupilă, şi o alta prin răsucire, cu rolul de a o îndrepta, care se face prin cristalin". Chiar dacă există o greşeală în localizarea organelor, este justă interpretarea fenomenului optic, intuind, **primul,** că omul vede invers. Descrierea anatomică a cristalinului este şi ea o prioritate leonardescă, atribuită însă lui Maurolycus.

Ideea reliefului imaginilor o explică ca fiind datorită suprapunerii imaginilor văzute cu cei doi ochi.

Deci, iată că înaintea lui Gerolamo Cardano (1550) şi Benedittino de Pagnutio (1523), între care există disputa cine a descris primul camera obscură, Leonardo descrie ochiul ca o cameră obscură, rezolvînd o problemă de fizică experimentală, bazată însă pe o cunoaştere precisă a alcătuirii globului ocular.

Dealtfel, disecţiile sale, desenate, adnotate, vor putea servi pentru a alcătui ceea ce astăzi numim un ghid practic de disecţie. Şi asta, cu cîte secole în urmă ! Şi în ce condiţii ? Biserica pedepsea greu pe cei ce îndrăzneau să pătrundă tainele corpului uman. Cîte sacrificii ? Cîte nopţi în care cadavre furate erau disecate pe furiş la lumina opaiţului ? Cîte riscuri ? Cîţi din cei apropiaţi, roşi de invidie, au profitat de delaţiune pentru a se „descotorosi" de preacuriosul Leonardo. Preacuvioşii s-au ferit mereu de el şi, în urma unui asemenea denunţ, în 1513, în timp ce îşi continuă lucrările de disecţie, este

denunţat Papei Leon X, care ia o măsură drastică : interzice lui Leonardo să mai intre în spital ! Astfel, reuşeşte să-l împiedice pe Leonardo de a mai diseca. Dar nu-l împiedică să reflecteze la ceea ce disecase, la ceea ce observase în lungile sale ore de lucru pe cadavru. El descrie astfel, în urma atentelor sale observaţii, spaţiile pline cu aer aflate în osul frontal şi chiar pe cel aflat în osul maxilar, descrierea sinusului fiind atribuită mult mai tîrziu lui Highmore. Are o majoră contribuţie în descrierea cavităţilor articulare, care probabil îl captivaseră, mai ales cele mobile, prin complexitatea lor, şi-şi pune la încercare talentul de desenator, extrapolînd elementele lor în desenele tehnice, cum ar fi scripeţii.

Descrie lobii tiroidieni. Deşi desenează viscerele abdomenului, nu-şi dă seama de pancreas. Face însă observaţii deosebit de precise asupra placentei.

Intuieşte rolul extrem de important al muşchilor pectorali şi al carenei la zburătoare.

Recunoaşte în creier organul formării senzaţiilor şi al gîndirii.

Îşi dă seama de faptul că centrele nervoase corespunzătoare unui organ de simţ sînt cu atît mai dezvoltate cu cît simţul respectiv e mai dezvoltat.

Mai mult decît atît, va fi primul care, după disecţia unui cadavru centenar, descoperă îngroşarea pereţilor marilor vase care pleacă de la inimă, descriind astfel ateromul şi participînd la dezvoltarea medicinii practice cu prezentarea anatomopatologică a aterosclerozei.

Şi pentru că lista priorităţilor ştiinţifice ar putea continua, nu putem să nu amin-

tim că Leonardo poate fi socotit un anticipativ şi într-un domeniu care este astăzi deosebit de actual : **educaţia sanitară.** Interesant este faptul că a abordat educaţia pentru sănătate sub forma unui sonet, intitulat „Vrei sănătate ? Ţine această normă", pledoarie savantă, clar ilustrată prin cuvînt, din care se răsfrînge observaţia sa ascuţită şi experienţa de viaţă într-un domeniu pe care astăzi îl catalogăm, simplu şi banal, drept viaţă raţională. Dar să nu uităm că el vorbea despre un asemenea regim de viaţă cu aproape jumătate de mileniu înainte ! Alimentaţia raţională, îngrijirea dinţilor pentru a putea mesteca eficient hrana, mîncarea preparată din produse naturale, combaterea polifagiei medicamentoase, mişcarea în aer liber, iată cîteva din ideile dezvoltate de el, la fel de actuale şi astăzi, la distanţă de secole.

Vrei sănătate ? Ţine-această normă :
Să nu mănînci de nu ţi-e foame. Cată
Să nu cinezi. Să-ţi fie mestecată
Mîncarea şi să aibă simplă formă.

Cînd leacuri iei — greşeala e enormă !
Evită atmosfera grea, stricată.
Şi somnul ziua, furia turbată.
Şi orişicînd poziţia diformă.

Nu sta flămînd. Stomacul nu se-ndoapă,
Nu-ţi amîna, nici nu grăbi ieşirea.
Bea cu măsură vin, şi fără apă.

Nu sta cu burta sus, adus din spate.
Cînd faci mişcări să nu te-ntreci cu firea.
Întinde-ţi noaptea-nvelitori bogate.

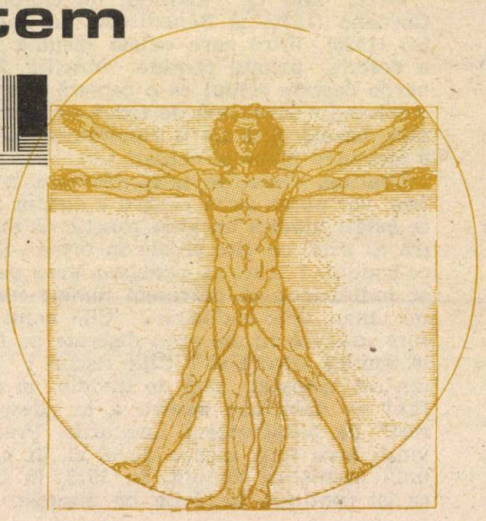
Odihnă şi în minte veselie.
Fugi de desfrîu. Dieta lege fie *.

Dr. FLORIN COLONAŞ

* Versurile traduse de dr. C. D. Zeletin.

Să ne cunoaştem ORGANISMUL

ştiind că...



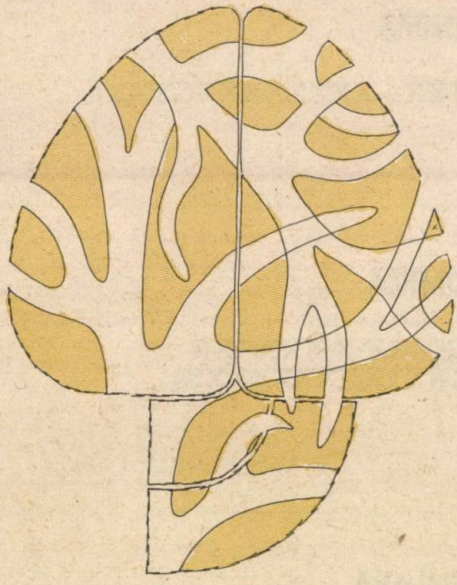
● *celula* este forma de organizare fundamentală a materiei vii, fiind elementul *anatomic, fiziologic, genetic* şi de *reproducere* al tuturor organismelor animale şi vegetale.

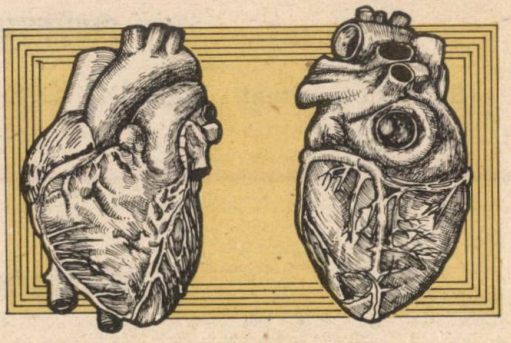
Ea este capabilă să îndeplinească funcţiile de bază ale vieţii : schimb de substanţe cu mediul înconjurător, excitabilitate, mişcare, reproducere ;

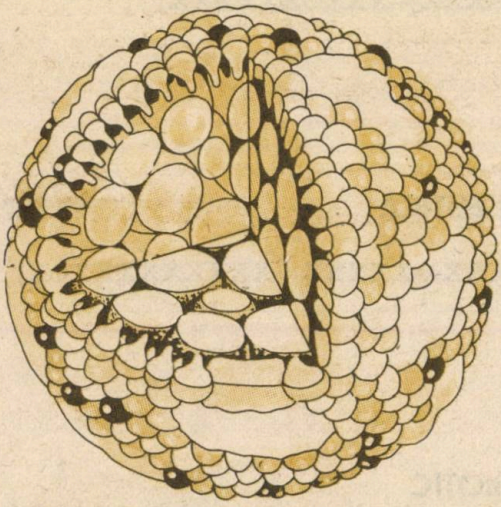
● în circulaţia sanguină există două circuite care pornesc din inimă : *circulaţia mare* şi *circulaţia mică. Circulaţia mare* (numită şi *circulaţia de nutriţie)* este drumul pe care-l urmează sîngele de la inimă la ţesuturi şi înapoi. Acest circuit este alcătuit dintr-o porţiune arterială, reprezentată de *sistemul aortic* (artera aortă împreună cu toate ramurile sale), şi dintr-o porţiune venoasă, reprezentată de *sistemul venelor cave* (care aduce sîngele venos din corp) şi de *sinusul coronar* (care aduce sîngele venos din pereţii inimii). *Circulaţia mică* (numită şi *circulaţia pulmonară)* reprezintă drumul pe care îl urmează sîngele de la inimă la plămîni şi înapoi.

● în timp de 24 de ore prin rinichii omului trec 1 500 l de sînge, din care se elimină, sub formă de urină, aproximativ 1,5 l. Diferenţa mare între volumul circulant şi volumul eliminat se explică prin mecanismul formării urinei. Cantitatea de urină depinde de consumul de lichide şi de temperatura mediului înconjurător. În condiţii de muncă şi regim alimentar normal, omul elimină 1,5 l urină pe zi. În cazul unei activităţi musculare crescute cantitatea de urină scade, datorită transpiraţiei mari, abundente, prin care, odată cu apa, se elimină şi o parte din substanţele de excreţie ;

● apa constituie 70% din greutatea corpului unui adult, fiind repartizată în plasma sanguină, în lichidul interstiţial,







în limfă şi în citoplasma celulară. Omul adult are nevoie de cca 2—2,5 l de apă în 24 de ore. Fără apă un om moare, prin deshidratare, în cîteva zile, pe cînd fără hrană poate trăi 35—40 de zile. În organismul uman apa provine din două surse : din lichidele şi alimentele ingerate şi din oxidarea substanţelor organice în procesul de dezasimilaţie. Eliminarea apei din organism se face prin rinichi (urină), prin piele (transpiraţie), prin plămîni (cu aerul expirat) şi prin intestinul gros (fecale).

● *hematopoieza* este una dintre funcţiile vitale ale organismului şi constă din producerea celulelor sîngelui : globulele roşii, globulele albe şi trombocitele (elemente figurate anucleate ale sîngelui circulant), fiecare dintre ele avînd un rol fiziologic bine definit.

Opusă hematopoiezei este *hemoliza* sau *funcţia marţială*, fenomen care are loc în mod normal în splină şi care constă în distrugerea globulelor roşii îmbătrînite. Hematopoieza are loc în mod normal în măduva roşie a oaselor şi în foliculii limfatici (ganglioni, amigdale, splină etc.). Ficatul este sediul hematopoiezei numai în perioada embrionară, intrauterină, dar poate deveni hematoformator în anumite boli de sînge.

I. MURGAN

PRIVEȘTE INIMA

(Rebo metagramat : XXXXXXXXX+XXX—XXXXXXXXGXXX)

GASTRONOMICĂ

(Metaverb cu incastru anagramat : XXXXXXX X XXXXXX
XXXXXVXXXXXXXXX)

OSTEOARTICULARĂ

(Metaverb anagramat : XAX XX XXXXX—XXXOXXXXXX)

FARMACEUTICĂ

(Rebo metagramat cu incastru : XXXXX+XXXXX—XXXXXXXXXOX)

ANTIBIOTIC

(Rebo metagramat : XXXXXX+XAXXXX—XXXXRXXXXXXX)

PRESCRIPȚIE MEDICALĂ

(Metagramă anagramată : MXXXXXXXX—XXXXXTXXX)

Adam Stoica

FABULE în catrene

SPECIALIZARE

Viespea rea şi de o şchioapă,
Ori de cîte ori înţeapă,
Spune-n sine, cu bravură :
— M-ocup de acupunctură !

ALIMENTAŢIE

Pe căprița ei incultă
O îndeamnă buna-i mamă :
— Hai, mănîncă iarbă multă !
Ce, vrei să ajungi pastramă ?

OPERAŢIE

Girafa i-a cerut atît
Veterinarului Aron :
— Vă rog să-mi retezaţi din gît,
Să nu lovesc vreun avion !

NERECUNOŞTINŢĂ

Nu demult filozofase
Barza tristă, ca-ntr-o dramă :
— Eu aduc copii prin case,
Dar nu-mi spune unul „mamă" !

SIMPTOME

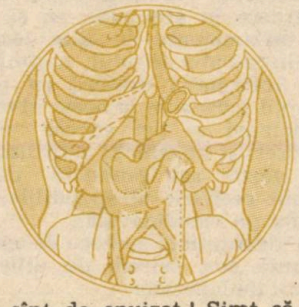
La un doctor ieri s-a dus
Cocostîrcu-n văicăreli,
Că ţinînd capul în sus,
Are, cică, ameţeli.

LEAC

Rîde rîsul de pisică,
Lămurind-o : „Eu, ei bine,
Sînt tot mîţă, dar de mică
Am luat polivitamine !"

V. D. Popa

monologul STOMACULUI



O, cît sînt de epuizat ! Simt că nu mai pot ! Viaţa mea a ajuns un adevărat calvar, datorită alimentaţiei nocive la care mă supune Omul.

M-am săturat de atîtea mîncăruri condimentate, stropite cu tării de înalte grade şi afumate cu fumuri de ţigară ! M-am săturat de iuţeli, acreli, sărături, muştaruri şi alte condimente. De o asemenea ospitalitate rău inspirată din partea Omului, mai bine lipsă !

În loc să mă simt bine, reconfortat, după fiecare ingerare de alimente, suport adevărate şocuri digestive cărе mă duc la o stare de disconfort, cu tot cortegiul de tulburări : arsuri, gaze, crampe, indispoziţii etc.

O, cît de mult îmi doresc o mîncare dietetică ! Dar această dorinţă a rămas doar un vis pentru mine !

Oi fi eu porţiunea cea mai dilatată a tubului digestiv, dar asta nu înseamnă că aş putea fi un sac fără fund, o maşină care poate mistui orice, oricît şi oricînd.

Ar trebui ca Omul să ţină seama şi de sensibilitatea mea, de adevăratele mele cerinţe, de limitele mele reale. Nu mai pot suporta la nesfîrşit acele mîncăruri cu grăsimi prăjite, alimente sărate, afumate, piperate, servite la ore neregulate ! Colac peste pupăză, mai primesc, ca supliment, licori bahice şi fumuri nicotinice în cantităţi deloc neglijabile !

Poate o să vă mire, dacă vă voi spune că, din toată această treabă, eu sînt scos pînă la urmă principalul vinovat !

Sînt învinuit că aş fi leneş, irascibil, neîncăpător. Că produc moleşeală, apatie, dureri de cap şi chiar nopţi de insomnie ! Sînt învinut că eu deranjez Omul, cînd în realitate el mă... deranjează !

Oare cînd va înţelege acesta că satisfacerea senzaţiilor sale gastrice, în mod necontrolat, nu este decît pregătirea pentru bolile ce vor urma ?

Deja bunii mei vecini și colaboratori, ficatul și pancreasul, au început să se simtă iritați și sînt în stare de alertă. Iar eu, ce să vă mai spun, am ajuns de compătimit !

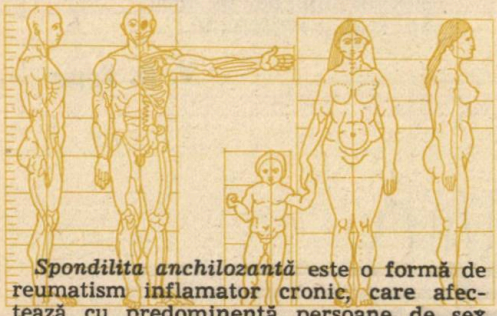
Modul acesta de viață pentru mine este un chin. Dacă Omul, aparținînd unei astfel de categorii, nu-și va stăvili greșitele sale obiceiuri gastronomice, dacă nu va lua măsurile igieno-dietetice atît de mult recomandate de medici, mă paște gastrita, ulcerul și, în final, rezecția !

Păi, spuneți și dv., merit eu o asemenea soartă ?

PT. CF. ING. **I. NEGREANU**
MEMBRU AL CLUBULUI EPIGRAMIȘTILOR „CINCINAT PAVELESCU"

Ce trebuie să știm despre SPONDILITA ANCHILOZANTĂ

Prof. dr. doc. Șt. Șuțeanu
Clinica Medicală, Spitalul „Dr. I. Cantacuzino"



Spondilita anchilozantă este o formă de reumatism inflamator cronic, care afectează cu predominență persoane de sex masculin, la o vîrstă tînără (boala începe la vîrste între 15 și 35 de ani).

În trecut, boala era puțin cunoscută și tîrziu diagnosticată, în etapa unor leziuni întinse, cu deformări ale coloanei vertebrale și cu prinderea articulațiilor proximale (umeri și șolduri), care determinau un important grad de invaliditate.

Astăzi, grație progreselor realizate de științele medicale, boala este mult mai bine cunoscută, iar diagnosticul ei precoce, în etapa leziunilor reversibile, este perfect posibil. Bineînțeles, pentru realizarea acestui deziderat este necesară cooperarea bolnavilor și prezentarea lor la medic la primele semne de boală.

Primele simptome sînt constituite de durerile din regiunea lombară ; aceste dureri sînt persistente și se intensifică cu timpul, devenind tot mai supărătoare. Ele nu dispar în repaus, ba chiar se pot intensifica în timpul nopții (mai ales în a doua jumătate a ei), împiedicîndu-l pe bolnav să se odihnească.

Durerile lombare sînt prezente și dimineața, la sculare, determinînd un grad de redoare * a coloanei lombare și făcînd mai dificilă mobilizarea ei ; după cîteva ore, redoarea coloanei lombare poate diminua (în stadiul incipient al bolii).

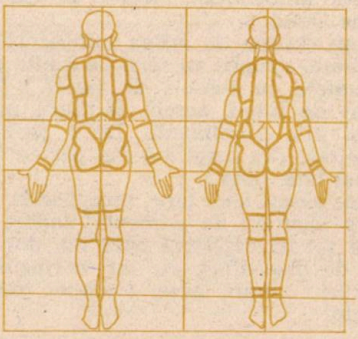
La o parte din bolnavi durerea lombară iradiată îmbracă aspectul de lombosciatică. Am văzut mulți bolnavi cu spondilită anchilozantă al căror prim diagnostic fusese cel de lombosciatică ; trebuie să arătăm, însă, că nevralgia sciatică din spondilita anchilozantă are unele particularități : ea poate fi de la început bilaterală (durerea iradiază atît pe sciaticul stîng, cît și pe cel drept) sau poate realiza tabloul clinic particular de sciatică în basculă (începe ca sciatică dreaptă, durează ca atare 2—3 luni, apoi continuă ca sciatică stîngă).

Spre deosebire de lombosciatica obișnuită, determinată de discopatii, sciatica din spondilita anchilozantă nu cedează la repaus și se intensifică în timpul nopții (ca și durerile lombare simple).

În favoarea acestui diagnostic pledează și existența unor simptome generale (febră, stare subfebrilă, scăderea poftei de mîncare, pierdere în greutate), ca și a unor procese inflamatoare cu alte localizări : oculare (inflamația irisului, numită *irită*), genitale (inflamația uretrei, cu prezența unei secreții purulente la acest nivel).

Unii bolnavi se pot adresa medicului pentru dureri și tumefacții articulare, localizate la glezne sau genunchi ; este așazisul debut periferic al spondilitei anchilozante (forma scandinavică).

Pentru diagnosticul precoce de spondilită anchilozantă sînt extrem de utile cîteva investigații de laborator.



* *Redoare* = rigiditate. *Redoare articulară* = rigiditate articulară (limitarea mișcărilor unei articulații prin organizare fibroasă, intra- și periarticulară.

Examenul radiologic este principalul examen paraclinic, care contribuie la conturarea diagnosticului de spondilită anchilozantă.

Radiografia de bazin evidenţiază modificările caracteristice ale artritei sacroiliace bilaterale ; articulaţiile sacroiliace (situate între osul sacru şi oasele iliace) devin mai şterse, cu versantele osoase erodate, cu densificarea ţesutului osos din vecinătatea spaţiului articular. Artrita sacroiliacă este prezentă la toţi bolnavii cu spondilită anchilozantă, atît la cei cu debut vertebral (cu dureri lombofesiere), cît şi la cei cu debut atipic (cu artrite periferice).

Radiografia coloanei lombare (de faţă şi de profil) scoate în evidenţă existenţa unor calcifieri ale ligamentelor care căptuşesc faţa anterioară şi laterală a corpurilor vertebrale şi a discurilor intervertebrale ; prin aceste calcifieri ligamentare se formează adevărate punţi între corpurile vertebrale, numite *sindesmofite*.

Pe baza acestor modificări radiologice, medicul care a consultat bolnavul în cauză poate stabili diagnosticul de spondilită anchilozantă şi începe tratamentul. În acest fel se evită situaţia necorespunzătoare, întîlnită frecvent în trecut, de a se preciza diagnosticul numai după mulţi ani de evoluţie.

În afara examenului radiologic se mai pot efectua şi alte investigaţii de laborator ; una dintre cele mai importante analize de laborator este viteza de sedimentare a hematiilor (V.S.H.). La bolnavii cu spondilită anchilozantă V.S.H. este accelerată, pe cînd la bolnavii cu lombalgie banală, prin discopatie, ea este normală. Pot fi pozitive şi alte teste, ce evidenţiază un proces inflamator acut : proteina C reactivă este prezentă, fibrinogenul este crescut, electroforeza proteinelor serice evidenţiază o creştere a alfaglobulinelor.

În sinteză, putem spune : cînd un bărbat tînăr are dureri lombare sau lombofesiere, iradiate sau nu pe traiectul nervului sciatic, cu intensificări nocturne şi însoţite de diminuarea mobilităţii coloanei vertebrale (mai accentuată dimineaţa), el trebuie să se prezinte de urgenţă la medic şi să nu-şi pună singur diagnosticul de lumbago (ceea ce ar întîrzia cu multe luni sau chiar ani stabilirea diagnosticului real) ; în urma consultului medical se efectuează examenul radiografic al bazinului şi al coloanei vertebrale lombare şi se efectuează alte investigaţii de laborator, dintre care amintim V.S.H.

În ultima vreme se vorbeşte mult despre determinarea antigenelor de histocompatibilitate HLA. Apartenenţa bolnavului în cauză la grupul HLA—B_{27} reprezintă un important argument în favoarea diagnosticului de spondilită anchilozantă.

În lipsa unui diagnostic corect şi a unui tratament corespunzător, spondilita anchilozantă are o tendinţă netă de a evolua, afectînd noi segmente ale coloanei vertebrale şi agravînd leziunile celor prinse anterior.

Reamintim faptul că primul segment vertebral afectat este cel lombosacrat, ceea ce se manifestă prin dureri lombofesiere, aşa cum am arătat.

Evoluţia obişnuită a spondilitei anchilozante este ascendentă, după segmentul lombar fiind atins cel dorsal. Afectarea coloanei vertebrale dorsale şi a articulaţiilor costovertebrale se traduce prin dureri la nivelul coloanei, accentuate de mişcările respiratorii, iradiate pe traiectul nervilor intercostali, de ambele părţi ; această limitare a expansiunii cuştii toracice şi nevralgiile intercostale multiple, bilaterale, sugerează diagnosticul de spondilită anchilozantă, dacă el nu fusese încă formulat.

Ultimul segment afectat este cel cervical ; în această etapă bolnavii acuză dureri la acest nivel şi imposibilitatea de a efectua mişcările de flexie, extensie şi înclinare laterală ale capului.

După 10—15 ani de evoluţie — sau chiar după o perioadă mai lungă —, coloana vertebrală este transformată într-un tub rigid şi deformat. Pe lîngă leziunile avansate ale coloanei vertebrale, în lipsa tratamentului, bolnavii pot avea şi dureri la nivelul centurilor (şolduri şi umeri) ; această atingere rizomelică * este deosebit de invalidantă, întrucît leziunile articulaţiilor coxofemurală împiedică mersul, iar cele ale articulaţiilor scapulohumerale fac dificile unele gesturi curente, ca : îmbrăcat, pieptănat etc.

* *Rizom* = rădăcină.

Tratamentul spondilitei trebuie să fie început cît mai devreme.

O mare importanță are tratamentul igieno-dietetic și cel balneofizical și kinetoterapic.

Bolnavii vor păstra repausul în timpul puseurilor evolutive, mai ales dacă sînt afectate și articulațiile membrelor inferioare ; acest repaus va fi de scurtă durată, atît timp cît bolnavii sînt febrili, inapetenți și cu dureri vertebrale și articulare mari. Repausul la pat se va realiza pe un pat tare. În permanență (nu numai cînd se găsesc într-un puseu evolutiv) bolnavii se vor odihni pe un pat dur, fără pernă.

Cultura fizică medicală reprezintă unul din principalele mijloace de tratament ; *în spondilita anchilozantă mișcarea este mai valoroasă decît orice medicament.* Se recomandă gimnastica medicală, continuarea activității profesionale, practicarea sportului (înot, ciclism etc.) cu evitarea traumatismelor.

În timpul verii sînt extrem de utile curele heliomarine pe litoral. În orice anotimp sînt utile curele balneare în stațiunile cu profil de reumatologie de pe litoral (Eforie Nord, Eforie Sud, Techirghiol, Mangalia) și din țară (Felix, Herculane etc.).

Dieta va fi bogată și echilibrată ; cînd i se administrează bolnavului anumite medicamente (de exemplu Fenilbutazona), dieta va conține mai puțină sare.

Tratamentul medicamentos trebuie să fie intens și perseverent, de lungă durată ; prin tratament medicamentos combatem inflamația ligamentelor articulațiilor coloanei vertebrale, oprind evoluția către leziunile calcifiante și anchilozante ; un tratament efectuat în primele stadii ale bolii împiedică producerea acestor leziuni, în timp ce unul tardiv este inutil.

Pe primul plan se situează medicamentele antiinflamatoare.

Tratamentul de atac îl realizăm deseori cu Fenilbutazonă sau cu derivații săi, fie în drajeuri, fie în injecții intramusculare ; tratamentul de atac efectuat cu doze suficient de mari durează 2—4 săptămîni. Tratamentul de întreținere se face cu doze mai mici, timp de mai multe luni, **în funcție de evoluție ; cînd bolnavul este** subfebril și are dureri vertebrale, cu V.S.H. accelerată, înseamnă că inflamația caracteristică bolii este prezentă și de aceea tratamentul antiinflamator este necesar.

Un alt mijloc de tratament antiinflamator al spondilitei îl constituie Indometacinul ; doza de atac este de 3—4 capsule/zi, eventual și un supozitor seara, la culcare, iar tratamentul de întreținere se realizează cu 2—3 capsule/zi.

Obișnuim să folosim pentru tratamentul de atac cel mai puternic antiinflamator, adică Fenilbutazona sau derivații săi, iar tratamentul de întreținere îl realizăm cu Indometacin, care are o toleranță superioară.

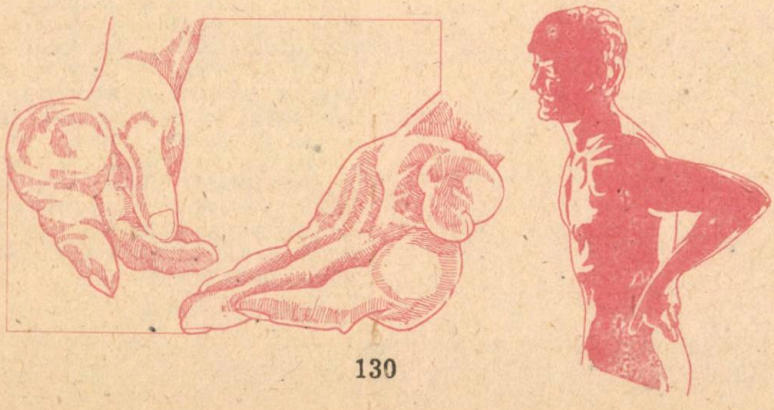
Cred că este bine să amintim că Fenilbutazona, care este un antiinflamator eficace, are, din păcate, numeroase efecte secundare : retenția hidrosalină, redeșteptarea unui ulcer gastroduodenal, accidente hematologice, efecte toxice renale sau hepatice. De aceea, tratamentul cu Fenilbutazonă nu trebuie efectuat decît la recomandarea medicului, care ține seama de contraindicații, recomandă bolnavului anumite măsuri (de exemplu, regim hiposodat) și efectuează periodic controlul clinic și de laborator (examen hematologic și examen sumar de urină) pentru depistarea imediată a eventualelor efecte adverse.

Tratamentul cu Indometacin este grevat de riscuri mai mici ; totuși Indometacinul poate determina dureri de cap, dureri de stomac, diaree, reacții alergice cutanate (urticarie), redeșteptarea unui ulcer gastroduodenal.

În tratamentul spondilitei anchilozante nu folosim hormoni corticosteroizi, care sînt mai puțin eficienți decît Fenilbutazona și Indometacinul.

Putem folosi Aspirina sau antiinflamatoarele nesteroidiene mai noi, însă aș vrea să reamintesc preferința noastră pentru Fenilbutazonă sau Indometacin.

Reamintim, de asemenea, necesitatea ca tratamentul antiinflamator să fie efectuat pe perioade lungi de timp, de multe luni sau — la nevoie — chiar ani.



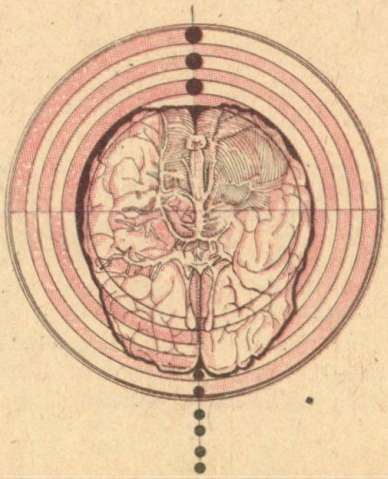
ÎNTREBĂRI

— Un medic poate schimba rețeta unui... teatru ?
— Medicul stomatolog aplică principiul „dinte pentru dinte" ?
— O obeză poate fi cîntărită din... priviri ?
— Un chirurg poate face operații... financiare ?
— Poți fi deștept atunci cînd... dormi ?
— Unuia care poartă perucă, i se pot scoate peri albi ?
— Comoția cerebrală se produce atunci cînd ți se sparge... un vas în cap ?
— Facultatea de a gîndi este o facultate grea ?
— Un gurmand își poate minca viața ?
— Medicul ortoped te poate învăța cum să nu mai faci... pași greșiți ?
— La descifrarea hieroglifelor vechilor egipteni luau parte și farmaciștii ?
— Picioarele îți pot da dureri de cap ?
— Pentru a juca teatru în fața medicului, sînt necesare studii de actorie ?
— De ce i se spune boală de zahăr, cînd aceasta îți face zile amare ?
— Un nevăzător poate fi pus martor ocular ?
— Un om prost crescut rămîne pitic ?
— „Medicul-primar" are două funcții ?
— Serviciile de deparazitare ne pot scăpa și de... paraziții umani ?
— Din muzica de cameră face parte și sforăitul ?
— Frumusețea unei femei te poate orbi ?

ING. I. NEGREANU
MEMBRU AL CLUBULUI EPIGRAMIȘTILOR „CINCINAT PAVELESCU"

MEDICINA naturistă

Dr. PAVEL CHIRILĂ
Institutul de Medicină Internă „N. Gh. Lupu"
Spitalul clinic Colentina



Conceptul medicinii naturiste este din ce în ce mai mult în actualitate. Este greu să definești ceea ce este natural, ceea ce nu poate fi altfel. Definim *medicina naturistă* ca un complex de metode terapeutice care se folosesc de remedii naturale, adică preluate din natură și prelucrate foarte puțin sau deloc, și metodele care se bazează pe reactivitatea și forțele proprii ale organismului. Aceste metode terapeutice sînt : *fitoterapia, acupunctura, homeopatia, balneofizioterapia* și *dietoterapia*. În unele țări aceste metode mai sînt încadrate și sub numele de *medicina alternativă, medicina complementară, medicina tradițională, medicina primară* etc.

Avîntul impresionant al chimiei din ultimul secol a făcut ca medicația de sinteză

să cîştige repede o mare pondere în industria farmaceutică. Marile trusturi de medicamente au prosperat prin lansările a sute şi mii de variante de medicamente — unele înlocuindu-le pe altele. Gloria lor efemeră avea nevoie de o puternică reclamă comercială, astfel că personalul comercial al acestor trusturi este mult mai numeros decît personalul de cercetare.

Dar în ultimii 10—20 de ani numărul intoleranţelor la medicaţia de sinteză a crescut impresionant. S-au comunicat milioane de cazuri. Moston A. Mayers arată că 1,5 milioane oameni (în S.U.A.) au o reacţie medicamentoasă drept cauză primară de apel la medic. În Franţa, aproape 100 000 de cazuri sînt înregistrate anual cu semne de intoxicaţie medicamentoasă. După unele statistici durata şederii în spital este dublată de reacţiile medicamentoase declanşate pe parcursul spitalizării.

Nishimura, încă acum 20 de ani, aprecia că „la fiecare 30 de secunde se naşte un copil malformat, în orice parte a lumii, datorită substanţelor medicamentoase teratogene". O statistică O.M.S. arată că 80% din reacţiile alergice la penicilină sînt şocuri anafilactice.

Era firesc ca replica acestor „boli produse prin medicament" să fie o terapie lipsită de riscuri. Bolnavii au fost primii care au cerut metode de tratament care „să facă doar bine" nu „şi bine şi rău". Astfel, o serie de metode care păreau uitate sau practicate de pasionaţi izolaţi de către medicina academică au fost puse în lumină, reconsiderate cu paşi mici, dar siguri. Din fericire, metodele moderne ale ştiinţelor academice servesc acum medicinii naturiste, pentru a se fundamenta ştiinţific, pentru a-şi confirma datele tradiţionale şi observaţiile empirice făcute de-a lungul secolelor.

Astfel, în prezent medicina naturistă se impune ca o necesitate, ca o alternativă terapeutică faţă de medicina alopată şi — din ce în ce mai mult — ca urmare a fundamentării ei ştiinţifice.

Fitoterapia utilizează ca mijloace de tratament plantele. Regula „de aur" a fitoterapiei este să folosească extractele totale de plante şi nu principii izolate (altfel s-ar ajunge din nou la farmacologia alopată). Se consideră că în extractele totale (apoase, alcoolice sau uleioase) principiile active sînt într-un „dat" natural, într-o combinaţie armonioasă, unică. Principiul cel mai concentrat sau cel mai activ este „flancat" sau „tamponat" de alte zeci sau sute de principii în concentraţii din ce în ce mai mici şi toate împreună, în „călătoria lor" în organism, realizează acţiuni blînde, lipsite de brutalitate, lipsite de reacţii adverse.

Formele sub care se administrează extractele fitoterapice sînt variate : infuzia, decoctul, maceratul, extractul alcoolic, uleios, plantele ca atare etc.

După concentraţie în principii activi se utilizează frunzele, florile, rădăcina, planta întreagă, mugurii, scoarţa, seva, seminţele, rizomii.

Fitoterapia este benefică prin mai multe tipuri de acţiuni :

— prin substituţie, prin aportul unor principii care lipsesc din organismul bolnav (minerale, vitamine, aminoacizi, lipide, glucide, proteine etc.) ;

— prin inhibiţia dezvoltării unor microorganisme patogene (plante cu efect bactericid sau antiparazitar) ;

— prin stimularea reactivităţii organismului (componentele infinitezimale din structura unei plante) ;

— prin efect trofic local (plante cicatrizante) ;

— prin efectul „contraria" (plante diuretice, tonicardice, antalgice etc.).

Acupunctura este o metodă de tratament născută de civilizaţia chineză. Ea se bazează pe capacitatea organismului de a fi influenţat prin înţeparea anumitor puncte tegumentare, bine determinate, corespunzătoare unor organe şi funcţiilor lor. Metoda se bazează pe reactivitatea organismului, pe forţele proprii de reechilibrare, utilizează efectul de „drenaj", „echilibrare energetică", „tonifiere", „dispersie" etc.

Homeopatia este o metodă care foloseşte remedii naturale în diluţii mari, în mod strict individualizate şi prescrise după legea *„similia similibus curantur"*. Metoda stimulează reactivitatea organismului.

Balneofizioterapia foloseşte ca mijloace terapeutice particularităţile climatice, apele minerale, aeroionii, masajul etc. Efectele favorabile se datorează unor tipuri diverse de acţiuni :

— aportul unor substanţe care lipsesc din organism (minerale) ;

— stimularea reactivităţii sau efect *„similia"* (minerale în diluţii infinitezimale) ;

— drenajul (diuretic, laxativ) ;

— efectul „contraria" (antiacid, antialergic, antiinflamator).

Dietoterapia naturistă este metoda de tratament care foloseşte tipuri particulare de alimentaţie în scop terapeutic.

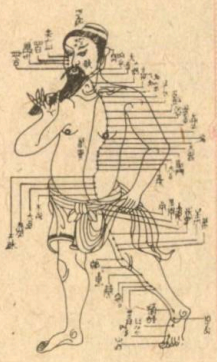
Metodele medicinii naturiste sînt, în general, tolerate de orice organism, cu următoarele excepţii şi particularităţi :

— *fitoterapia* poate fi dăunătoare prin plantele toxice administrate din greşeală sau în doze neadecvate şi prin administrarea repetată, timp îndelungat, a aceleiaşi plante ;

— *acupunctura* nu dă accidente — cel mult „mici incidente vegetative", la înţeparea punctului ;

— *remediile homeopate* nu sînt toxice ; ele pot da, mai ales la începutul tratamentului, aşa-numitele „reacţii patogenezice", care sînt reacţii de răspuns ale organismului ;

— *balneofizioterapia* dă reacţii adverse doar cînd indicaţiile sînt greşite ; uneori există aşa-numita reacţie „postcură" ;



— *dietoterapia* poate să aibă efecte nedorite doar în cazul în care este abuzivă sau nu este bine indicată.

Pentru a înţelege mai bine concepţia medicinii naturiste, prezentăm cîteva caracteristici generale :

— se foloseşte de remedii aşa cum se găsesc ele în natură sau cu o prelucrare minimă ;

— se bazează pe capacitatea de reacţie a organismului ;

— remediile terapeutice nu sînt fixe şi definitive, ci se schimbă în funcţie de evoluţia cazului ;

— metodele medicinii naturiste au acţiune blîndă, nu sînt periculoase ;

— este o concepţie integralistă de abordare a bolnavului ;

— remediile sînt accesibile şi ieftine ;

— cu mici excepţii, remediile şi tehnicile naturiste pot fi aplicate la gravide, bolnavi alergici, copii etc. ;

— tehnologia de preparare a remediilor este simplă ;

— rezultatele terapeutice au, de cele mai multe ori, verificarea probei aspre a timpului ;

Terapia naturală are, desigur, unele limite :

— instalarea efectelor se face lent ;

— lipsesc statisticile mari în cercetarea clinică ;

— are efecte slabe sau nule în bolile acute, bolile infecţioase, microbiene acute, tuberculoză, neopiazii ;

— este o cale mai laborioasă, consultaţia necesitînd un timp mai îndelungat.

La întrebarea care boli se tratează mai bine prin terapia naturală este greu de dat un răspuns, pentru că această terapie acţionează folosindu-se de reactivitatea organismului — deci mai mult contează bolnavul decît boala. Totuşi, orientativ, menţionăm indicaţiile posibile : cazurile care nu răspund favorabil la terapia alopată (motivaţie deontologică), sindroamele alergice, nevrozele, infecţiile cronice microbiene (exceptînd tuberculoza), dermatozele, iatrogenozele.

În încheiere, precizăm că între terapia alopată (cu medicamente de sinteză) şi medicina naturistă nu există un conflict, ci o relaţie de complementaritate : ceea ce nu rezolvă una, poate rezolva cealaltă.

Idealul este instruirea multiterapeutică într-un domeniu de patologie ; astfel medicul va aplica metoda care se pretează cel mai bine formei de boală sau tipului de bolnav care îi cere ajutorul.

GÎGÂLA

DOCTOR

- **— Ai făcut vreodată sport ?**
  — Nu ! Eu am fost activ întotdeauna.
- **Vă rog să mă internați la Gerovital !**
- **Am ridicat un geamantan și am făcut iahnie de disc.**
- **Mă doare cînd merg... dar numai pentru cîteva infracțiuni de secundă.**
- **Bunicu' a făcut paralizie infantilă la 66 de ani.**
- **Credeți că-mi trece dacă fac tratament cu ironizări și gaze diadinamice ?**
- **Boala n-ar fi gravă, dar s-au ivit mai multe complimente !**
- **Mi-am pierdut dezechilibrul. Am ameteli și decăderi frecvente.**
- **Mi-a făcut aerograma la inimă și mi-a găsit un prolog de valvă mitrală.**
- **Nu am părinți ! Eu am fost găsit la 2 ani și jumătate.**
- **M-am lovit aseară în cot și m-a durut... o săptămînă.**
- **Cred că am inima cardiacă. De aceea nu pot să dorm la orizont.**
- **Doctorul mi-a interzis să nu beau nimic !**
- **Am avut un chix la ochi, dar l-am operat.**
- **M-am reprezentat la dumneavoastră să-mi tratați cardiopatia istorică.**
- **Am înțeles ! O să mănînc numai ce se apretează la boala mea.**

EUGEN ALEXE
— medic primar —
doctor în medicină

medici

TRANSILVĂNENI

participanți la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia

În continuarea preocupărilor noastre* privitoare la prezentarea medicilor români transilvăneni participanți la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie 1918 de la Alba Iulia și declararea Marii noastre Uniri, prezentăm alți doi medici : dr. Vasile Cucu de la Arad și dr. Gheorghe Bîrlea de la Sighet, ambii recunoscuți ca medici de seamă ; primul, în domeniul igienei și organizării sanitare, iar al doilea, în cel al stomatologiei. Amintirea lor merită să fie reținută pentru viitorime.

* Vezi „Almanahul Sănătății", 1985, p. 127, 1986, p. 119, 1987, p. 124 și 1988, p. 153.

VASILE CUCU

(1883—1968)

Medic militar, apoi medic civil în comuna Comlăuș (jud. Arad). Delegat cu credențional — supleant — la Marea Adunare Națională de la Alba Iulia, reprezentînd comuna Sântana-Arad. După Unire a fost inspector sanitar la C.F.R. Arad, apoi, pînă la pensionare (1938), medic-șef al municipiului Arad.

Fig. 1. — Dr. Vasile Cucu, medic militar, în perioada primului război mondial.

Viața și activitatea. Vasile Cucu s-a născut în 30 ianuarie 1883, în comuna Ucea de Jos, județul Brașov, din tata Nicolae, învățător, și mama Susana, casnică. La vîrsta de 5 ani rămîne orfan de tată, sarcina grea a întreținerii familiei rămînînd în seama mamei. Au fost trei frați, din care Nicolae și Gheorghe au rămas în sat, singurul care a urmat școli superioare fiind Vasile, viitor medic. Școala primară a urmat-o în comuna natală și la Făgăraș, gimnaziul, ca bursier, la Brașov — unde a fost coleg cu viitorul istoric și om de cultură Onisifor Ghibu —, iar Facultatea de Medicină la Cluj și Budapesta, tot ca bursier, în cadrul Fundației Emanoil Gojdu. A urmat și unele cursuri la Viena*. În perioada cînd a fost student la Cluj, a fost remarcat de profesorul Zs. Puryesz — fost profesor și maestru al viitorului prof. I. Hațieganu —, care i-a propus să rămînă în învățămînt, dar, fiind lipsit de mijloace materiale, a fost nevoit să renunțe la cariera didactică. În 23 decembrie 1907 a fost declarat doctor în medicină la Universitatea din Budapesta. După absolvire, la 1 ianuarie 1908, a fost încadrat ca medic-militar activ, cu gradul de locotenent-medic, în armata austro-ungară, unde a lucrat pînă la 31 ianuarie 1910, cînd părăsește cadrele armatei și se încadrează în diferite circumscripții rurale în Transilvania: Vișteа de Jos, jud. Făgăraș, Semlac, Șimand și Comlăuș, în jud. Arad.

În vara anului 1914 s-a căsătorit cu Aurelia Burdan, cu care a avut doi copii: Viorica, farmacistă, care a devenit conf. universitar la I.M.F. Cluj-Napoca, și un băiat, Nicolae Bujor, medic la București.

După izbucnirea primului război mondial este mobilizat pe frontul din Galiția și Albania, unde a avut norocul să scape fără să fie rănit.

Evenimentele din vara și toamna anului 1918 îl găsesc medic de circumscripție în comuna Sîntana-Comlăuș, unde intră în Gărzile Naționale Române. Urmînd îndemnul Consiliului Național Român Central, de curînd format la Arad, activează intens pentru lămurirea sătenilor asupra evenimentelor revoluționare care au cuprins întreaga Europă centrală și de răsărit. Le citește din ziarul „Românul", care apărea la Arad, le vorbește despre Marea Revoluție Socialistă din Rusia, despre preluarea puterii de către poporul muncitor, despre principiile wilsoniene, care proclamă necesitatea autodeterminării tuturor popoarelor. El explică rostul Marii Adunări Naționale de la Alba Iulia pentru Unirea cu România și despre viitorul poporului român, ce se va dezvolta, după Unire, într-un stat național unitar, democratic, pentru toți cetățenii, indiferent de naționalitate. Le vorbește despre împroprietăriri, astfel încît fiecare familie săracă să primească pămînt din care să poată trăi prin muncă cinstită. Cu ocazia ședinței din 24 noiembrie, convocată pentru desemnarea delegaților cu credențional la Marea Adunare Națională de la Alba Iulia, este ales cu aclamații și dr. Vasile Cucu. În ziua de 30 noiembrie, îmbrăcați în haine de sărbătoare, cu panglici tricolore — roșu, galben și albastru — la căciuli, gulere sau revere, se duc cu căruțele sau pe jos pînă la Arad, iar de acolo, cu toată mulțimea veselă și entuziastă, ajung cu trenul la Alba Iulia, unde în dimineața zilei de 1 decembrie asistă la marele eveniment. Se întoarce la Comlăuș împreună cu poporenii săi, trimiși de comună să declare Marea Unire pe veci cu România, fără condiții, decișî să muncească pentru consolidarea unirii înfăptuite de ei înșiși.

Fiind cunoscut ca bun organizator, este solicitat de Consiliul Dirigent să activeze și în calitate de consilier de secție la Resortul Ocrotirilor Sociale, între 1 martie 1919 și 30 septembrie 1919. După Unire, între anii 1919—1923, a servit ca medic-inspector sanitar la C.F.R., la Arad. Specializîndu-se în igienă cu prof. dr. Iuliu Moldovan la Cluj, i s-a cerut să preia conducerea sanitară a municipiului Arad, drept care a funcționat ca medic-șef de municipiu din 1 aprilie 1921 pînă în 31 mai 1938, cînd a ieșit la pensie.

Realizări în activitatea profesională. A înființat și organizat Spitalul-sanatoriu de tuberculoși din Arad, cu 10 paturi (1926). Alte realizări sînt cuprinse în rapoartele sanitare anuale apărute în Buletinul Municipiului Arad (1928—1938). A elaborat o serie de regulamente, ca acela al Spitalului-sanatoriu pentru bolnavii de tuberculoză, cel al Căminului infirmilor, al combaterii bolilor venerice, al Stației de dezinfectare și deparazitare, Regulamentul de salubritate publică etc., apărute în același Buletin al municipiului Arad.

Alte funcții și activități extraprofesionale. Între anii 1921—1926 a fost medic și profesor de igienă la liceul de băieți „Moise Nicoară" și la Școala superioară de comerț din Arad. De asemenea, vicepreședinte al Societății Naționale de Cruce Roșie a României, filiala Arad, membru al Consiliului Societății de Ocrotire a Orfanilor de Război, membru de onoare al Asociației culturale „Astra", despărțămîntul Arad, vicepreședinte al Asociației Ocrotirii Mamelor din Arad, vicepreședinte pentru profilaxia tuberculozei, filiala Arad.

Distincții românești: „Ordinul Coroana României", în gradul de cavaler (22 noiem-

* Menționăm că în acea vreme se puteau urma cursurile după dorință, în centre medicale diferite, astfel că o parte din studenți frecventau unele cursuri la profesorii cu faimă deosebită în specialitatea respectivă.

brie 1922), şi „Crucea Meritul Sanitar“ (30 octombrie 1925).

S-a pensionat la 31 mai 1938 şi s-a mutat cu familia la Bucureşti, unde cei doi copii erau studenţi. După pensionare, între anii 1940—1942, a urmat, la Facultatea de Medicină din Bucureşti, cursurile învăţămîntului stomatologic, iar în 16 aprilie 1942 a trecut examenul de specialist în stomatologie şi în 13 mai 1942 a obţinut dreptul de liberă practică a stomatologiei. În această calitate şi-a deschis cabinet particular la domiciliu (20 iulie 1942).

Doctorul Vasile Cucu a avut mulţi prieteni de seamă. Între aceştia amintim pe prof. Onisifor Ghibu, cu care a fost coleg de liceu la Braşov. Grupul de colegi de liceu se întîlnea regulat. A mai fost bun prieten cu profesorul Iuliu Moldovan şi Iuliu Haţieganu, precum şi cu dr. Dominic Stanca.

Fig. 2. — Dr. Vasile Cucu — în dreapta, sus — şi cîţiva colegi de liceu. În rîndul de jos, stînga, prof. Onisifor Ghibu.

A decedat în 18 iulie 1968, la Bucureşti, în vîrstă de 85 de ani, printr-un accident vascular cerebral ischemic. Îşi doarme somnul liniştei eterne în cimitirul Bellu.

GHEORGHE BÎRLEA

(1885—1937)

Participant cu credenţional la Marea Adunare de la Alba Iulia, ca reprezentant al Cercului electoral Berbeşti Sighet — Maramureş. Medic stomatolog la Sighet, Budapesta, Cluj şi apoi la Bucureşti. Luptător, alături de profesorul Gheorghe Bilaşcu, pentru înfiinţarea şi modernizarea Clinicii stomatologice a Facultăţii de Medicină din Cluj.

Viaţa şi activitatea. Gheorghe Bîrlea s-a născut în anul 1885, în comuna Berbeşti, judeţul Maramureş, din tatăl Petru Bîrlea, protopop, şi mama Elena, născută Man de Şacu. După ambii părinţi aparţine unor vechi familii de intelectuali fruntaşi maramureşeni.

Studiile primare le-a făcut la Sighet, pe cele secundare inferioare, la gimnaziul Ordinului piariştilor din Sighet, iar pe cele superioare liceale, la liceul unui ordin călugăresc din Oradea. Părinţii doreau să-l facă preot, de aceea se prezintă la concursul de primire în Seminarul teologic greco-catolic din Gherla, în anul 1903, dar e refuzat pe motiv că mai avea un frate în anul al IV-lea la Seminarul teologic. În acelaşi an se înscrie la Facultatea de Medicină de la Budapesta, unde îşi ia doctoratul în medicină, în anul 1908. Sub conducerea profesorilor stomatologi dr. Rothman şi a compatriotului maramureşan, originar din Petrova, dr. Gheorghe Bilaşcu, se specializează în stomatologie.

Primul cabinet de stomatologie îl deschide la Sighet, apoi, invitat fiind, merge la Budapesta, unde lucrează împreună cu dr. Gheorghe Bilaşcu, supranumit, acolo, „regele dentiştilor“, ca urmare a pregătirii, a tehnicii şi abilităţii sale deosebite.

La Budapesta, atît ca student cît şi ca medic, a întreţinut strînse legături cu mişcarea naţională română de eliberare, fiind alături de protestatarii cei mai activi, împotriva spiritului de deznaţionalizare, promovat cu deosebită agresivitate de burghezia oligarhică maghiară conducătoare din acea vreme.

Între anii 1905—1914 a fost prezent de fiecare dată în Maramureşul natal, cînd trebuia să sprijine candidaţii locali români la deputăţie în parlamentul de la Budapesta. În anul 1906, de exemplu, a candidat şi dr. Gheorghe Bilaşcu — sprijinitorul său de la Budapesta — pentru Circumscripţia electorală Vişeu, cu program independent. Între sprijinitorii la deputaţie a viitorului profesor Gheorghe Bilaşcu a fost şi dr. Petru Groza, preşedintele din 1945 al primului Guvern de largă concentrare democratică al României. Maşinaţiunile de tot felul ale oligarhiei stăpînitoare au împiedicat alegerea lui Gh. Bilaşcu ca deputat, destinul său de deputat împlinindu-se abia în 1919, după înfăptuirea României întregite.

În 29 mai 1912 îl găsim la Alba Iulia, împreună cu maestrul său Gheorghe Bilaşcu şi alţi cinci mii de români, care protestau împotriva înfiinţării episcopiei greco-catolice de limbă maghiară de la Hajdudorog, nu departe de Satu Mare.

În timpul războiului mondial, dr. Gh. Bîrlea a fost mobilizat pe mai multe fron-

turi. Sfîrşitul războiului l-a eliberat de obligaţiile militare oficiale şi l-a readus, în toamna anului 1918, pe plaiurile natale ale Maramureşului drag, pe unde, cu ani înainte, trecuseră Mihai Eminescu — luceafărul poeziei româneşti — şi Nicolae Iorga — luceafărul istoriei româneşti —, pentru a cunoaşte fiinţa poporului maramureşan, poporul care a plămădit o atît de curată limbă românească, limba codicelor voroneţene, limba celor din Ieud, Rozavlea, Botiza, Mănăstirea Peri... Medicul dr. Gheorghe Bîrlea s-a întors în Maramureşul său voievodal, fiindcă el însuşi era urmaş de voievozi descălecători, urmaş de suflete drepte şi curate... de oameni care-au fost ş-or fi...

Medicul Gh. Bîrlea a participat intens la pregătirile pentru Unire. A mobilizat cetăţenii şi, ca urmare, s-au ţinut adunări populare în tot cuprinsul Maramureşului şi s-au format Consiliile Naţionale Româneşti. Alegerile libere, fără constrîngere, a delegaţilor pentru Adunarea de la Alba Iulia, au fost momente pe care nu le-au putut uita cei care le-au trăit. În satul Giuleşti s-a ţinut o mare adunare populară, cu oamenii de pe apa Marei, unde s-au ales reprezentanţii acestor locuri, pentru a pleca la Alba Iulia. În total au fost aleşi 8 delegaţi.

Redăm în continuare o parte din **Credenţionalul** eliberat la 27 noiembrie de Comitatul Maramureş, unde sînt trecuţi cei ce au fost împuterniciţi să participe la Marea Adunare Naţională din Alba Iulia, inclusiv medicul Gheorghe Bîrlea.

CREDENŢIONAL

Subsemnaţii adeverim că în Cercul electoral al Sighetului din Comitatul Maramureş s-au ales azi ca delegaţi ai acestui cerc electoral d(om)nii : 1. dr. Vasile Chindriş, în Sighetu Marmaţiei ; 2. Ilie Filip, în Apşa de Jos ; 3. dr **Gheorghe Bîrlea,** în Sighetu Marmaţiei (medic stomatolog n.n.); 4. Vasile Mich, în Ipa şi 5. Mihail Dan, în Apşa de Mijloc, cu unanimitate.

Drept ce susnumiţii delegaţi sînt prin aceasta autorizaţi a lua parte cu vot decisiv la Marea Adunare Naţională Română ce se va convoca prin Consiliul Central Naţional Român, în numele tuturor românilor din acest cerc electoral, şi la alte Mari Adunări Naţionale Române, care eventual o să mai fie convocate în decursul anului acestuia, ori în anul următor, şi a contribui cu votul lor la deciderea asupra sorţii viitoare a neamului românesc din Transilvania, Ungaria şi Banatul Timişan.

Dat în colegiul electoral al cercului electoral (al) Sighetului, ţinut în ziua de 27 noiembrie (urmează semnăturile).

Drumul delegaţiei maramureşene spre Alba Iulia a fost descris, în mod magistral, în coloanele ziarului „Sfatul", pe care, datorită frumuseţii lui, îl redăm în întregime.

1918, decembrie 7/20, Sighet. Articol apărut în ziarul „Sfatul", în care se descrie entuziasmul cu care locuitorii satelor maramureşene şi-au petrecut aleşii — între care şi medicul Gh. Bîrlea — în drumul lor spre Alba Iulia.

«Drum spre Alba iulia.

Alba Iulia ! Oraş sfînt al Românilor ! Cîte suveniri glorioase şi dureroase se renasc în sufletele noastre la amintirea acestui nume vrăjitor : gloria legionarilor lui Traian, a dorobanţilor lui Mihai Viteazul, suferinţele martirilor noştri naţionali, Horea, Cloşca şi Crişan, protestele nenumărate în contra volniciei şi asuprirei milenare, toate le-ai văzut în Alba Iulia ! Principiile lui Wilson * ne-au slăbit lanţurile seculare cari ne ferecau la „integritate"! Şi noi alergăm cu toţii, cu un trup, cu un suflet, la tine, Alba Iulia : să rupem lanţurile ruginite şi slăbite, să manifestăm singurul nostru dor : de a dispune noi înşine asupra sorţii noastre, de a fi liberi şi uniţi !

La apelul Consiliului Naţional Român Central, ca tot cercul electoral unde locuiesc români să se reprezenteze la Adunarea Naţională din Alba Iulia, prevăzuţi cu credenţionalele cercului Sighet şi cu ale Reuniunei Învăţătoreşti, iar Florentin Biltz-Dăncuş, cu credenţionalul corpului ofiţeresc român maramureşan, au plecat din Sighet 7 inşi, în frunte cu dr. Vasile Chindriş — preşedintele Sfatului nostru comitatens. Veseli, enervaţi de nerăbdare — nu cumva să întîrziem de la adunare — am plecat joi în 28 nov. (st.n.) la 8 oare dimineaţa.

În Berbeşti ne-a aşteptat dl. student în drept Ilie Lazăr, ca să ne avizeze că berbeştenii au plecat deja. În Giuleşti odată observăm o grupă mare de români, îmbrăcaţi toţi sărbătoreşte. Cînd sosim la ei ne fac ovaţii, o surprindere plăcută pregătită de bravul student Ilie Lazăr şi de părintele I. Ardelean din Văleni. Bravii giuleşteni ne-au aşteptat cu 10 care, ca să ne ducă în cinste pînă la Crăceşti, iar doamna văduvă Lazăr ne-a aşteptat cu un dejun bogat — pentru care — mare mulţumită ! Cîntînd am plecat pe 3 care mai departe. Pe toate satele pe unde treceam, românii ne făceau ovaţii însufleţite.

Ajungînd în Crăceşti am prînzit în cîrciuma unui jidan-român. Neaştepîndu-ne carele, care să ne treacă peste Gutîi, am fost nevoiţi să ne rugăm de badea Ion şi

* Wilson, Thomas Woodrow (1856–1924), om de stat nord-american, membru al Partidului Democrat. A fost preşedinte al S.U.A. între 1918–1921. Aici este vorba de principiul autodeterminării popoarelor şi naţiunilor, formulat de Wilson în timpul primului război mondial.

Pârja din Giulești, care ne-a adus și pînă aici, să ne treacă și peste deal și ei ne-au trecut cu cea mai mare plăcere, pentruce foarte le suntem recunoscători.

Înveseliți de glumele lui badea Ion din Giulești, abia observăm că suntem deja la poalele Gutîiului, unde ne-am dat jos din care, „ca să-i cruțăm martina" lui badea Ion, contra protestărilor lui.

Adevărul a fost că noi am preferat a face pe jos calea cea mai scurtă prin romanticile păduri ale Gutîiului, decît lungile serpentine cu carul. Abia observăm și suntem deja la fîntîna lui Pintea, unde auzim un cor borborosind în amurgul serii — sunt berbeștenii : doctorul Gh. (George) Bîrlea cu taicăl său, dl. protopop, și cu părintele Fuciec și cîțiva țărani de pe diferite sate. La crucea de pe vîrf i-am ajuns și pînă ne-au sosit carele ne-am „încălzit" din plosca d-lui protopop.

La 4 ore am plecat în jos prin codrii Gutîiului spre Baia Sprie. Cînd suntem în vale la casa pădurarului ce surprindere plăcută ! Ne iese înainte o grupă de domnișoare și domni cu steaguri românești, făcîndu-ne ovații însuflețite — sunt baiasprienii : domnișoarele Anca, frații Lupan, frații Nistor și mai mulți alți domni. Grupa noastră crește cu tot pasul, steagurile fîlfăiesc, carele par că sboară, iar bătrînul Gutîi răsună de : „Deșteaptă-te române, din somnul cel de moarte, la care te-adîncirăbarbarii de tirani / Acum ori niciodată, croiește-ți altă soartă, la care să se-nchine și cruzii tăi dușmani".

În Baia Sprie, înaintea „Coroanei" *, ne așteaptă deja tot orașul, în frunte cu dl. protopop din loc, totodată președintele Sfatului Național local. La mesele „Coroanei" suntem oaspeții lor bine veniți, le mulțumim din inimă (pentru) călduroasa primire. Suntem deja o grupă mare ! Mai încolo, la Baia Mare ! Badea Ion nu se lasă din : „Să horiți măi una"! În Baia Mare (...) mai tare cîntăm : „Hai să dăm mînă cu mînă cei cu inima română..."»

1918, decembrie 4/27, Sighet. Articol apărut în ziarul „Sfatul", în care se descrie continuarea călătoriei delegaților Maramureșului, Sătmarului și Sălajului la Alba Iulia (deci delegați din întreaga Transilvanie de nord-vest).

«Drum spre Alba Iulia.

În piață, înaintea hotelului principal (din Baia Mare n.n.), ne primește dl. protopop Breban, dl. protopop Doboși cu mai mulți domni sătmăreni și ugoceni. În hotel, după cina comună fiind obosiți, ne punem la odihnă, cînd colo către miezul nopții, iată pe părintele Balea din Săpînța cu 8 săpînțeni ! În zori de zi plecarăm la gară, cînd mai să plecăm sosește și părintele Anderco cu dl. învățător Țiplea și mai mulți ieudeni ! Au venit din Ieud pînă la Baia Mare cu carul ! Iza, Mara și Tisa s-au întîlnit deja, dar unde-i Vișeul ? Ne așezăm cu toții într-un vagon și scriem pe el **„Marmația"** apoi : **Trăiască România Mare !"** La toate gările călătorii se sporesc. Însuflețirea e nespusă, cîntecele naționale nu mai încetează, drapelele românești se tot sporesc. E ceva lucru lipicios însuflețirea ! Odată vedem și pe conducătorul nostru cu tricolorul pe chipiu. La gară ne dăm jos, facem cunoștințe noi, cîntăm de răsună dealurile de : „Murim mai bine-n luptă, cu glorie deplină / Decît să fim sclavi iarăși pe vechiul nost' pămînt"! / „Români din patru unghiuri, uniți-vă în cuget, Uniți-vă-n-simțiri"...

Vagonul nostru e situat între vagoanele: Țara Oașului și Sălajului. Pe toate ferestrele se văd fețe însuflețite, chipiuri treicolorate. În Dej ne așteaptă cîteva mii de oameni în frunte cu protopopul Boroș și inteligența locală, nenumărate drapele, cîntece, ovațiuni etc. În Gherla tot așa. Se alătură de noi clerul diecesan și ceilalți trimiși ai Gherlei. Însuflețirea nu o poți descrie ! În Cluj ne așteaptă garda noastră națională și ne conduce în casarma gardei, unde ne pun chilii la dispoziție. A doua zi către amiază, a plecat trenul separat la Alba Iulia. În tren ne întîlnim cu domnii dr. Aurel Sabo, V. Timiș și mai mulți alți vișeuani. Marmația e deja întreagă ! În trenul nostru vine și un detașament de gardiști români cu două mitraliere, spre a ocroti trenul contra atacurilor eventuale (...). Vagonul nostru **Marmația** a avut onoarea de a primi mai mulți bărbați de ai noștri ca oaspeți, ca de exemplu, pe Reverendisimul domnu egumen al Bicsadului, care ne-a donat un steag mare, ca să avem sub care să ne grupăm. La adunare am avut plăcerea de a auzi poveștile d-lui dr. Tripon din Bistrița și a ne delecta în cîntecele renumitului cîntăreț al nostru român vălean, Ungurean, și voluntar în Armata Română. — Ai noștri ziceau „Niciodată n-am auzit așa de frumos a hori românește".

În gările mai mari — ca mai înainte — toți călătorii și gardiștii intonează : „Deșteaptă-te române" apoi „Hora" și în jurul orchestrului se încinge hora mare ! Domnișoare, doamne și domni, țărani și țărance dau mîna laolaltă și joacă **Hora frației.**

În Teiuș auzim că bătrînul luptător al intereselor neamului românesc, George Pop de Băsești, călătorește pe trenul nostru împreună cu un general din România. În cît bați din palme ne-am strîns cu toții sub fereastra lui badea George, cîntînd, făcîndu-i ovații. Nu se auzea alta ca : „Trăiască România Mare !, badea George,

* Hotelul-restaurant din localitate.

Unirea...". Capul cărunt al bătrînului iese pe fereastră şi cu lacrimi în ochi ne mulţumeşte ovaţiile.

În Alba Iulia locuinţa noastră e destinată în gimnaziul din Cetate. Cei ce au venit la Alba Iulia ziceau: „S-a meritat a veni la Alba Iulia pentru călătoria făcută, dar ce a fost acolo !"»

Din **Amintirile** lui Emil Fucek şi Grigore Bota ştim că maramureşenii „sosind în Alba Iulia ne-am aşezat într-o şcoală (gimnaziu n.n.) unde am stat pînă în zorile zilei, cînd într-o vreme de ploaie amestecată cu zăpadă am plecat la Adunare. Noi, cei de pe Mara şi de pe Cosău, ne-am pus lîngă tribuna de unde a vorbit episcopul Iuliu Hossu, care a povestit tot ce s-a petrecut în Adunarea deputaţilor.

Mulţumiţi că s-a făcut treabă bună am pornit îndărăt spre casă. Vestea Unirii ne-a depăşit în iuţeală şi cei de acasă ne-au întrebat mulţi ani la rînd cum a fost drumul spre Alba Iulia şi cum au fost cele petrecute acolo ?"

Întorşi acasă, maramureşenii s-au adunat cu cei rămaşi acasă la Sighet, pentru a întări, prin hotărîrea lor, istorica înfăptuire de la 1 Decembrie.

Bucuria maramureşenilor a fost umbrită de unele îndoieli. Va reveni Maramureşul în întregime României sau nu ? Acest Maramureş, această ţară veche, cu oameni fără pereche... a exercitat şi exercită şi în prezent o adevărată vrajă asupra intelectualilor români. Acest colţ de ţară şi nu orice colţ... „ci ţara voievozilor şi cnezilor descălecători şi creatori de ţară soră, prin Unire şi-a conexat istoria sa la firul viguros al istoriei noastre naţionale".

În zilele care au urmat, în sărbătorile de iarnă, la Sighet, Săpînţa, Petrova, Sălişte, Moisei, Borşa — cîntecele nu mai conteneau : „Cîtu-i Maramureşu / Nu-i fecior ca io şi tu / Nici oraş ca Sighetu" ; „Hai să dăm mînă cu mînă" ; „Deşteaptă-te române".

Revenim la „eroul" nostru Gheorghe (George) Bîrlea, precizînd că după declararea Unirii s-a întors, împreună cu maramureşenii lui, acasă. N-a stat mult şi s-a dus la Budapesta să-şi încheie „socotelile" cu oraşul în care şi-a clădit atîtea iluzii, în parte realizate. După unele peripeţii, în primăvara anului 1919 se găseşte la Cluj, unde, din însărcinarea Consiliului Dirigent, în 12 mai 1919, a participat la preluarea clinicilor şi instalarea administraţiei româneşti. În acest sens a activat la Clinica stomatologică. Mai tîrziu, dr. Gheorghe Bilaşcu este numit director al Clinicii stomatologice, iar dr. Gheorghe (George) Bîrlea, şef de lucrări, şi astfel se organizează cea dintîi Clinică stomatologică din România Mare, după modelul celor din Apus. După cîţiva ani Gh. Bîrlea se mută la Bucureşti, dedicîndu-se medicinii de cabinet.

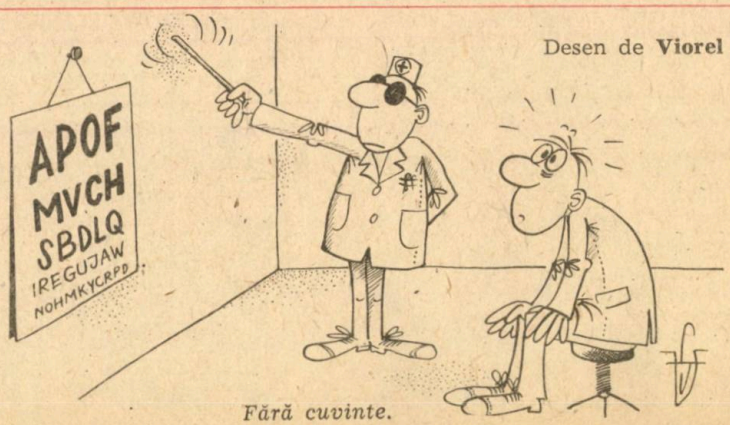
În 1924 a fost delegatul Asociaţiei medicilor stomatologi în comisia de revizuire a dentiştilor. În 1928 este ales preşedinte al Asociaţiei medicilor stomatologi, în care calitate concepe şi înaintează mai multe memorii Ministerului Sănătăţii şi Corpurilor legiuitoare, pentru a apăra interesele asociaţiei.

De mai multe ori a fost ales deputat şi senator în judeţul Maramureş, prilej cu care a apărat cu „dîrzenie maramureşană" interesele conjudeţenilor săi.

În Bucureşti şi-a creat o bună situaţie socială, fiind un excelent stomatolog. Din căsătoria sa cu Victoria Suhăţeanu a rezultat copilul lor Victor Cuscu, care a devenit inginer.

Suferind de inimă, în 1937 dr. Gh. Bîrlea decedează în Spitalul Filantropia din Bucureşti. A fost înhumat în cimitirul Bellu, în grădina liniştei eterne, unde odihnesc, înfrăţiţi şi dincolo de moarte, munteni, moldoveni şi transilvăneni.

Dr. Florea Marin
Cluj-Napoca



Desen de **Viorel Sandu**

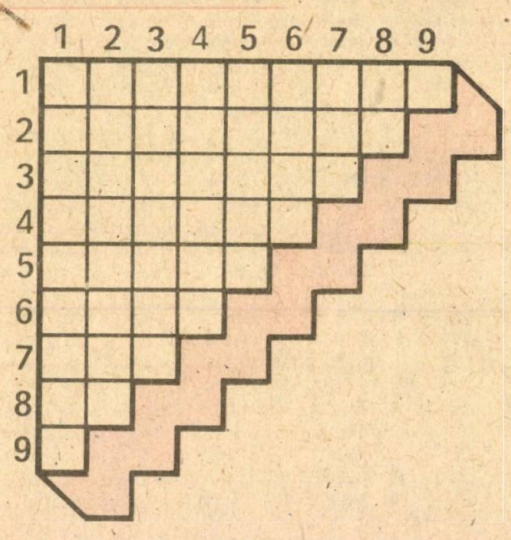
Fără cuvinte.

la moisei

Să îngenunchiem
La marginea acestei păduri
Şi în tăcere
Să auzim
Neauzita durere
Închisă în pietrele albe
Cu chipuri de bărbaţi...
În noi, se surpă coborîri,
Aflînd acolo şoapta de poezie înaltă,
Biruind frica —
Simţim risipirea lor
În cîmpie, în pădure, în vînt —
Ascultînd,
Smerita tînguire,
Vom auzi
O Missa funebră
Nescrisă vreodată.
Să ascultăm alba linişte
Ce trece de suferinţă...
Să tăcem ascultînd
Păsările pădurilor
Ciripind
Un cîntec de pace şi de credinţă.

ELENA LEONORA FRUGINĂ
MEMBRĂ A CENACLULUI CULTURAL-PATRIOTIC „VASILE CÂRLOVA"

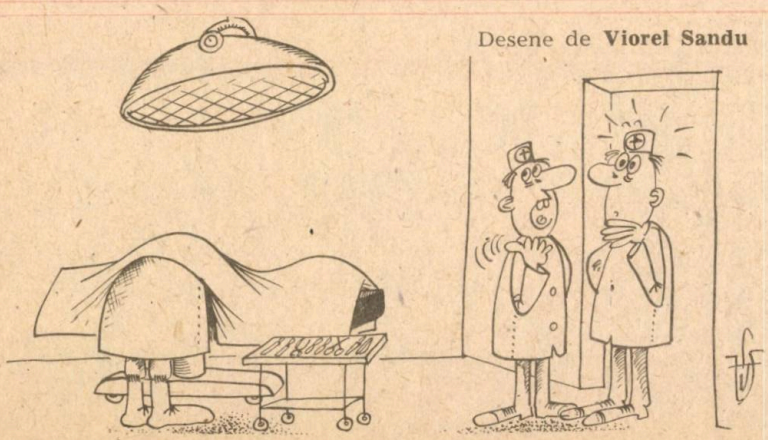
TRIUNGHI



Orizontal şi vertical la fel : 1. Boală de ochi constînd în opacifierea cristalinului. 2. Conformaţie a unui corp. 3. Medicament care menţine tonicitatea şi permeabilitatea vasculară. 4. Care suferă de reducerea elasticităţii, vorbind despre un ţesut. 5. Congestionaţi. 6. Se cunoaşte la nevoie. 7. În mijlocul medicinistilor ! 8. Puţină temperatură ! 9. Termină medicina !

Adam Stoica

Desene de **Viorel Sandu**



— Îşi operează logodnica şi ştiţi că e un tip foarte gelos.

CULMI

POSIBILE și IMPOSIBILE

— *Să mergi la medicul ORL-ist spre a-i solicita... un timbru vocal rar.*
— *Să te debarasezi de ceasurile deșteptătoare din casă, pe motiv că cineva ți-a spus că... o să-ți sune ceasul.*
— *Să te prezinți la medicul dermatolog spre a te consulta, pe motiv că ți s-a spus că... nu-ți mai încapi în piele.*
— *Să-i soliciți medicului radiolog o radiografie a stomacului, spre a te convinge dacă într-adevăr... ți-ai băut mințile.*
— *Să afirmi că băuturile alcoolice sînt cleptomane, deoarece atunci cînd le introduci în gură... îți fură mintea.*
— *Să-l rogi pe doctorul oftalmolog să-ți prescrie un tratament pentru dragostea ta, care este... oarbă.*
— *Să-l rogi pe medicul ORL-ist să te facă a fi „numai urechi", spre a putea asculta mai bine... la ușa vecinului.*
— *Să-l chemi pe medicul veterinar spre a-ți explica de ce la tine în gospodărie nu cîntă... cocoșul.*
— *Să afirmi că motorul autoturismului tău s-a gripat în urma unei... epidemii de gripă.*
— *Să mergi la medicul ORL-ist spre a-ți indica un tratament adecvat pentru a-ți putea vedea... lungul nasului.*
— *Să-l rogi pe medicul ortoped să facă ceva în cazul tău, deoarece de la un timp îi iei pe toți... peste picior.*
— *Să-l întrebi pe medicul oftalmolog de ce cînd vezi o reprezentantă a sexului frumos... îți fug ochii.*

Ing. I. NEGREANU
MEMBRU AL CLUBULUI EPIGRAMIȘTILOR „CINCINAT PAVELESCU"

UN DESTIN ȘI O POSIBILĂ PAGINĂ ÎN ISTORIA MEDICINII ROMÂNEȘTI

Dr. HILARIE MITREA

Fără îndoială, una dintre cele mai fascinante biografii de medic român din secolul trecut (și poate chiar din secolul nostru) rămîne aceea a lui Hilarie Mitrea (1842—1904), consumată în cea mai mare parte a ei deopotrivă pe tărîmul trudei de a vindeca oamenii și pe acela al etnografiei, zoologiei, botanicii, geografiei etc.

Mai puțin cunoscută astăzi, activitatea lui Hilarie Mitrea — desfășurată pe parcursul mai multor decenii și pe mai multe meridiane și paralele ale globului — pe lîngă faptul că este una de pionierat, care probează marea capacitate de adaptare, de inițiativă și de afirmare a specialiștilor români dincolo de hotarele patriei (în împrejurări nebănuite, adesea de o rară asprime) — a dus la îmbogățirea cunoștin-

Fig. 1. — Hilarie Mitrea student al Facultății de Medicină din Cluj.

ţelor în cîteva domenii importante ale ştiinţelor despre natură şi om, protagonistul ei lăsînd „moştenire", între altele, o colecţie de importanţă primordială pentru cunoscutul muzeu „Grigore Antipa". Iată de ce reconstituirea itinerarului vieţii şi muncii lui Hilarie Mitrea ni se pare necesară şi binevenită.

Începuturi

Hilarie Mitrea nu este, cum poate ne-am aştepta, descendentul unei familii de medici ori de cine ştie ce temerari cu chemarea orizonturilor îndepărtate în sînge. Părinţii săi, Stanca (născută Blezu) şi Bucur, făceau parte din categoria oierilor înstăriţi care alcătuiau, pe la mijlocul veacului trecut, un fel de subclasă socială într-o mare parte din Transilvania şi îndeosebi în satele din preajma Sibiului, cum era şi cel numit Răşinari, în care a văzut, pentru întîia oară, lumina zilei Hilarie, la 18 mai 1842.

Nu este de mirare deci că starea materială şi o anume viziune mai largă a părinţilor le-a permis acestora să-i asigure copilului condiţii optime de învăţătură ; la şcoala primară din satul natal (1851—1855), la gimnaziul romano-catolic cu limbă de predare germană din Sibiu (din 1855) şi la Institutul Medico-Chirurgical din Cluj, apoi, din 1864, la Würzburg şi Berlin — an în care la 6 august obţinea titlul de doctor în medicină (la Universitatea din Würzburg).

De fapt 1864 reprezintă anul unei cotituri extraordinare în viaţa medicului Hilarie Mitrea. Şi iată de ce. Prezentîndu-se la concursul pentru ocuparea postului de medic la Răşinari, în localitatea natală, are neşansa de a pierde în favoarea altui candidat : Nicolae Stoica.

Din acest moment începe adevărata aventură a vieţii medicului Hilarie Mitrea.

Orgolios, tînărul care aspirase să devină tămăduitorul consătenilor lui se hotărăşte să-şi continue studiile şi să meargă, mai apoi, oriunde, numai la Răşinari să nu se mai întoarcă, în postura în care era la absolvirea facultăţii. De aceea, pînă în primăvara anului următor, 1865, îşi va completa calificarea la Viena, după care va primi un paşaport, autorizîndu-l să călătorească în Germania, Anglia, Franţa, Australia.

Pe calea apelor spre Australia, apoi în Mexic

De îndată ce se văzu cu paşaportul în buzunar, Hilarie Mitrea se angajă ca medic-chirurg pe vasul „Peter Godefroy", care făcea regulat cursa Hamburg — Brisbane (Australia). Peste un an — probabil dornic să schimbe regimul de viaţă marinăresc cu un altul, ori să cunoască noi şi noi meleaguri, din alte colţuri ale lumii — se reîntoarce la Viena şi se înrolează în corpul austriac de voluntari, tot în calitate de medic, urmînd să plece în Mexic. Dealtfel Mitrea nu era singurul român care se decisese să ia calea Mexicului. Alături de el, în aceeaşi misiune, se mai afla şi Ion Arseniu, tot medic, originar din Gura Rîului (judeţul Sibiu), ajuns ulterior medic la Brăila. Cu toţii erau de acum în slujba prinţului Maximilian de Habsburg, ajuns în Mexic cu titlul de împărat.

Din păcate, datele despre activitatea de medic militar a lui Mitrea în Mexic (unde a dat ajutor şi asistenţă medicală soldaţilor voluntari austro-mexicani în lupta lor împotriva republicanilor conduşi de Carlo Benito Juarez) ne lipsesc, dar rămîne cert că trupele în care se afla şi medicul român n-au rezistat atacurilor republicanilor şi au fost nevoite să se retragă.

„Ofiţer al sănătăţii" în serviciul regelui olandez

Anul 1867 îi aduce medicului din Răşinari demobilizarea din corpul de voluntari austro-mexicani, ceea ce îi prilejuieşte, între altele, răgazul unei călătorii în Statele Unite (între 1867—1868), pentru ca la 3 aprilie să semneze un act prin care se angaja ca „ofiţer al sănătăţii" în slujba

Fig. 2. — Hilarie Mitrea — sublocotenent şi „ofiţer al sănătăţii" în armata olandeză din Indonezia.

regelui olandez, cu misiunea de a pleca în Indiile Olandeze.

Ce-l va fi determinat pe Hilarie Mitrea să ia o asemenea decizie este greu de spus și virtualul biograf al său este pus în dificultate cu o asemenea întrebare. Se pot face, oricum, presupuneri și supoziții. Bunăoară, academicianul Emil Pop, cercetînd o parte din arhiva rămasă de la medicul răşinărean, este de părere că mobilurile hotărîrii lui trebuie căutate în „nostalgia unui pasionat călător și naturalist, secundată în pornirea inconciliabilă a unui caracter mîndru de a brava ostentativ lovitura sufletească de la Răşinari".

Că Hilarie Mitrea era hotărît să-și facă meseria cu o înaltă conștiinciozitate și că se preocupa permanent de ridicarea calificării sale profesionale nu încape îndoială. Se știe, astfel, că își procura, de cîte ori avea ocazia, din anticariatele și magazinele europene, numeroase cărți de specialitate : manuale de histologie, de tehnică microscopică, de chirurgie, pediatrie, medicină legală, sifiligrafie și mai ales de bacteriologie. Rezultatele necontenitei sete de perfecționare, de ridicare a nivelului profesional nu vor întîrzia să se arate în anii următori.

Medic, colecționar și vînător în Indiile Olandeze

Cînd a plecat în Indonezia, doctorul Hilarie Mitrea nu bănuia că de acele îndepărtate locuri avea să-și lege viața timp de două decenii și jumătate, apropiindu-se afectiv de localnici, participînd la bucuriile și necazurile lor, ajutîndu-i medical (și nu numai medical), participînd la manifestările lor etno-folclorice, însoțindu-i la vînătoare (și devenind el însuși un bun vînător, invidiat mai tîrziu chiar și de Titu Maiorescu) etc.

Pentru început medicul și-a desfășurat activitatea în insula Sumatra (Sumatera), fiind atras, înainte de toate, de fauna și flora foarte bogate și variate de aici. A locuit în orașele Padang și Palembang, în vestul și, respectiv, sud-estul insulei. Mai tîrziu, din 1872, a lucrat, vreme de cinci ani, în Borneo (azi Kalimantan), în orașul Banjermasin, pe litoralul sudic, la vărsarea rîului Barito în mare, apoi în nordul insulei, la gura rîului Teweh — o zonă necercetată de naturaliști pînă atunci —, ceea ce a constituit un argument în plus pentru a se hotărî să înceapă colecționarea de exemplare rare de păsări și animale, pe care le conserva, în dorința de a le dona, mai tîrziu, Muzeului Național din România.

Dar Hilarie Mitrea n-a lucrat numai în Sumatera, ci și în insula Java, unde i-au

Fig. 3. — Hilarie Mitrea — medic maior în armata olandeză din Indonezia, decorat cu mai multe ordine și medalii.

fost identificate popasurile la Djakarta, apoi la Anjer (unde s-a căsătorit cu Vatam Kadam Radam, fiica unei căpetenii locale), la Semarang și la Surabaja. Pretutindeni medicul răşinărean se făcea prețuit și pretutindeni era așteptat cu mare încredere în tratamentele pe care le recomanda. Pe de altă parte, este de menționat și înaltul prestigiu moral de care se bucura Hilarie Mitrea. În acest sens este demn de amintit un fapt care vorbește de la sine : refuzînd să primească o pungă de perle pentru un tratament dificil, dar reușit, aplicat unui băștinaș, reputația medicului a crescut în rîndul oamenilor. Cu toții îl știau de atunci drept un specialist dedicat meseriei, neinteresat de cîștigurile materiale, ci numai de succesele profesionale.

„Cel mai frumos titlu de recunoaștere din partea națiunii"

După 1881, cînd primește un concediu de doi ani și jumătate, Hilarie Mitrea se întoarce în Europa, la Viena, și apoi în țară. Un an mai tîrziu, în 1882, încredința Secției zoologice a Muzeului din Viena bogata lui colecție de păsări, animale și pești, pentru a fi sistematizată și organizată pe baze științifice. Totodată anunța că o va dona Muzeului Național din București — gest care s-a bucurat imediat de un mare ecou din partea publicului și a presei. «Acest fapt patriotic — notau revista „Familia" (nr. 11/1882, pag. 129) și ziarul „Românul" (1882, p. 287) — îi va cîștiga (lui Hilarie Mitrea, n.n.), fără îndoială, cel mai frumos titlu de recunoștință din partea națiunii». Dealtfel medicul din Răşinari primește numaidecît și o „recunoștință" din partea guvernului :

este decorat cu „Ordinul Coroana României", festivitatea avînd loc în prezența ministrului V. A. Urechia.

Sfîrșitul lui 1882 îl găsește pe Hilarie Mitrea la Viena, unde intră în legături cu celebrul chirurg Th. Billroth, care îl invită să-l asiste la operațiile pe care le făcea în propria-i clinică. Medicul român o face cu plăcere, dar fascinația ținuturilor îndepărtate ale Indoneziei îl mai menține încă în conul ei de influență și peste un an se reîntoarce în ținuturile cu o floră și o faună atît de bogate, cu oameni pe care îi cunoscuse îndeaproape și de care se simțea legat prin mii de fire.

Așadar, în 1893 doctorul român se afla din nou în Indonezia. Străbătea locuri cunoscute deja, pentru ca mai apoi să se aventureze și prin altele mai îndepărtate — în insulele Moluce și în Noua Guinee olandeză (azi Irianul de Vest).

Dar temerarul medic din Rășinari nu era doar un călător cu dorul de a cunoaște, de a colecționa păsări, reptile și pești, ori de a vîna animale exotice, cum s-ar putea crede. El s-a dovedit a rămîne toată viața, înainte de orice, un medic dedicat meseriei, cu mare iubire de oameni (la un moment dat, conferențiind la spitalul din Batavia, cerea autorităților să permită băștinașilor accesul liber la spitalizare și îngrijiri medicale în instituțiile de sănătate olandeze, cu drepturi egale, cu cele ale soldaților europeni).

După 1894 îl vom întîlni pe Hilarie Mitrea la Viena, apoi în satul natal și din nou în capitala Austriei, unde dealtfel se va și stinge, la 31 ianuarie 1904.

La Rășinari, printre consăteni

Pensionat, Hilarie Mitrea își petrece o bună parte din timp în satul natal și răgazul acesta este demn de menționat fiindcă din această perioadă a vieții lui ne-au rămas cîteva informații interesante și semnificative pentru omul și medicul care călătorise pe îndepărtatele meleaguri ale Indoneziei. Rezumînd amintirile celor care s-au aflat în preajma lui în această vreme, academicianul Emil Pop notează : „Era un bărbat voinic, foarte serios, scump la vorbă, foarte bun medic, care nu mai profesa oficial, dar care trata gratuit pe rășinăreni. Păstra reguli severe de igienă, pe care și le impusese încă de pe vremea luptei sale împotriva bolilor tropicale. Fierbea apa înainte de a o bea, refuza carnea incomplet friptă, evita laptele nefiert, chiar untul ; se dezinfecta des, nu fuma, nu consuma băuturi alcoolice, decît excepțional, cu oaspeții lui. Instalase în casa sa din Rășinari o baie cu aburi".

Și încă un fapt care poate proba, alături de altele, înalta competență profesională și o bună cunoaștere — și sub raport medical — a condițiilor de viață de pe un meleag îndepărtat : Congo. La 2 aprilie 1902, într-o scrisoare adresată fiului său aflat la Viena (care-i cerea părerea dacă e bine sau nu să meargă în acea țară africană), Mitrea își sfătuia băiatul să nu primească oferta ce i se făcuse de a se angaja și a pleca în Congo, din cauza climei, a reliefului, a epidemiilor, a condițiilor igienice — toate nefavorabile unui european.

Portret în timp

Hilarie Mitrea a fost apreciat și onorat — în dubla lui postură de medic și de naturalist — încă din timpul vieții. În 1886 reputatul zoolog F. Steindachner (1834—1919), specialist mai ales în sistematica reptilelor și peștilor, îl numea pe medicul român director al Secției zoologice a Muzeului din Viena, iar în țară Mitrea primise deja „Ordinul Coroana României", cum am arătat, și se bucura de aprecierile unor personalități ca Grigore Antipa, Titu Maiorescu, Gheorghe Dima, V. A. Urechia și alții.

În 1893, Grigore Antipa, proaspăt licențiat al Universității din Jena, numit director al recent (pe atunci) înființatului Muzeu Național de Istoria Naturală (care avea să-i poarte numele în posteritate), mărturisind că la noua instituție a găsit o situație deplorabilă, piesele fiind păstrate neglijent, în diferite lăzi, preciza că în respectivele lăzi a aflat și „o mare și foarte prețioasă colecție, dăruită cu vreo zece ani în urmă de către un medic român, originar din Rășinari, doctorul Hilarie Mitrea, constînd din : piei de animale și păsări, o bogată colecție de amfibii, reptile, crustacee, miriapode etc., în alcool, o serie de obiecte etnografice (donate în 1895, n.n.) etc., pe care toate le-a colectat și preparat el din Java, Sumatra, Borneo, Noua Guinee, Malacca și Celebes și pe care le-a dat mai întîi spre determinare Muzeului Imperial din Viena... Pot afirma acum că ceea ce am putut salva din colecțiile atît de prețioase ale lui Mitrea — la prepararea cărora am lucrat cîțiva ani — este singurul material de adevărată valoare științifică pe care l-am putut utiliza pentru noul muzeu".

Din perspectiva noastră, a celor de azi, medicul din Rășinari are, pe de altă parte, mari merite și ca explorator și călător, ca etnograf și zoolog, colecționar și cercetător al meleagurilor celor mai îndepărtate — despre care ne-a adus informații și date importante. Astfel, el este unul din primii români care, în urmă cu un secol, a stat mai multă vreme în Mexic, este întîiul nostru compatriot care a pășit în arhipelagul malaiez și a activat acolo mai bine

de două decenii, cunoscîndu-l sub toate aspectele — social, economic, politic. Ca medic, Hilarie Mitrea a acumulat o experiență realistă privind starea sanitară din ținuturile străbătute, în special din Indonezia, ca și, în general, din regiunile tropicale.

În semn de recunoștință pentru contribuția adusă la îmbogățirea colecțiilor Muzeului de Istorie Naturală „Grigore Antipa" (printre ai cărui fondatori se poate număra cu cinste), una din sălile acestui lăcaș bucureștean — cea a păsărilor — poartă astăzi numele medicului din Rășinari.

Prin destinul său Hilarie Mitrea poate completa o „pagină", mai puțin cunoscută, pe cît este ea de fascinată, a istoriei medicinii românești.

Hilarie Mitrea se înscrie ca o figură interesantă în galeria temerarilor expediționari ai veacului trecut, un destin demn de a inspira pasionante volume de călătorii ori romane.

FLORENTIN POPESCU

Vatra din cuvinte

M-am desprins de pe pămînt,
Spre soare îmi iau avînt,
Să plutesc o oră, două,
Dincolo de nori și rouă,

Fiindcă zic unii, cu patos,
Că pe Terra e un haos,
Că de limitată ce-i,
Oamenii nu cred în ei.

Și se ceartă și discută,
Ajungînd chiar la dispută,
Pentru-a întinde cît mai mult,
Petecul lor de pămînt.

În schimb, spațiul se întinde,
Munții mari nu-l pot cuprinde
Și privind în sus și-n jos,
Vezi înalt gol luminos,

Cum învăluie în mister,
Norii albi, culcați sub cer,
Formînd un ocean, ce pare,
Înghețat, în nemișcare.

Mai încolo, un alt strat,
Suspendat pe-un stîlp de prag,
Lan în pîrg ar vrea s-arate,
Care de la om se-abate.

Astfel salt și într-un minut,
Am ajuns în acel punct
Din imensul Univers,
Unde n-auzi cîntec, viers,

Nu vezi iarbă, nici castani,
Nici turmele cu ciobani,
Pasările-n zbor n-ajung,
Flori frumoase n-am să strîng.

Și admir, admir frumosul...
Dar care îmi e folosul
Dacă de pe aceste maluri,
Omul nu primește daruri ?

De aceea, tot mai bine
Este să mă întorc la mine
Și-n loc de tablou ceresc,
Să ar ogorul părintesc.

GABRIELA TĂNASE

EPIGRAME

Un fel de dragoste

Cînd luna mierii a trecut
Ii căuta iubitului pricină,
Și-i dădea tandru sărut
Doar în ziua de chenzină.

Fotbalistul dur

Nu face fotbal de clasă,
Bun e numai de scandal.
El nu bagă mingea-n plasă,
Ci adversarul în spital.

Unuia

Fiind prevăzător din fire,
Simțind anii cum mai trec,
Și-a depus pentru iubire
Sentimentele la CEC.

Circulație

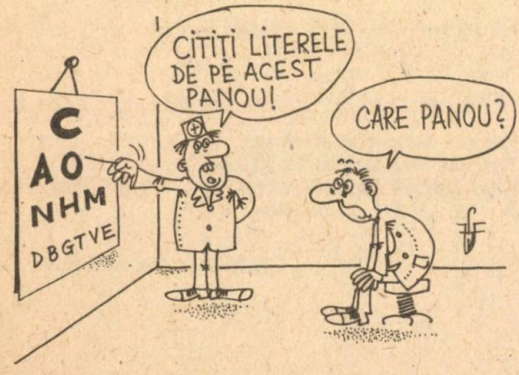
Fiola aceasta s-a-nverzit —
(După părerea mea umilă),
Că primăvara a sosit
Și am în sînge... clorofilă.

Boxerul la medic

— Dacă bat aici, te doare ? —
Medicul îl întrebă.
— Nu, dar bateți mai tare
Și vă dau eu replică.

Ioan Potâng

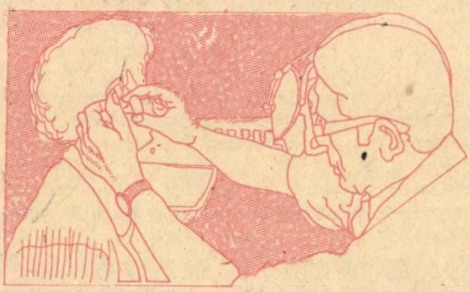
Desene de **Viorel Sandu**



— Cum ați făcut în cariera dumneavoastră mii de operații și nu v-ați tăiat niciodată ? ? ! ! !

TRAUMATISMELE URECHII și profilaxia lor

Conf. dr. docent
CORNELIA PĂUNESCU



Traumatismele, cauză tot mai frecventă a îmbolnăvirilor de tot felul, pot interesa și urechea, organ al auzului și al echilibrului, deosebit de important pentru dezvoltarea intelectului și a vorbirii, pentru normala integrare a individului în viața socială. Oricare dintre cele trei segmente ale urechii — externă, medie, internă — poate fi traumatizat.

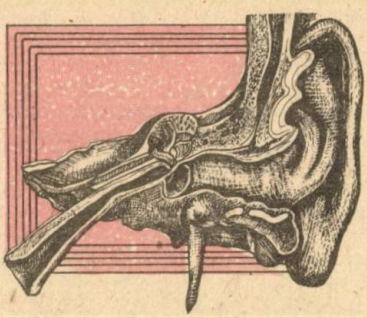


Fig. 1. — Secțiune prin urechea externă.

Urechea externă — compusă din **pavilion** (porțiunea vizibilă) și **conductul auditiv extern** — este cea mai expusă la numeroase și variate traumatisme prin : loviri, căderi, înțepări, tăieri, pătrunderea de corpi străini, acțiunea asupra sa a excesului de căldură sau de frig etc. Ca urmare a acestor traumatisme, se pot produce : plăgi, hematoame, arsuri și degerături ale pavilionului sau inclavarea (fixarea) unor corpi străini în conductul auditiv, ai cărui pereți pot fi lezați sau fracturați.

Plăgile pavilionului pot varia de la simpla înțepătură pînă la leziuni întinse, tăiate sau zdrobite, uneori cu desprinderea urechii de craniu sau chiar cu amputarea ei.

Pentru revenirea la normal și prevenirea complicațiilor, în toate aceste cazuri bolnavul se va adresa cît mai curînd medicului, care va opri hemoragia, va curăța plaga, va face suturile necesare și — dacă va socoti că e pericol de infecție — va administra, după caz, antibiotice sau anatoxină tetanică.

Hematoamele — denumite de specialiști „othematoame" — sînt colecții sanguine între cartilaj și pericondru (învelișul său nutritor), bombînd de obicei pe fața externă a pavilionului. Și în cazul othematoamelor, va fi consultat medicul, singurul în măsură să hotărască și să aplice tratamentul necesar.

Arsurile pavilionului — mai rar extinse și la conductul auditiv — pot fi urmarea fie a unei iradieri prelungite (soare, ultraviolete, raze X etc.), fie a contactului cu un lichid fierbinte, cu vapori fierbinți sau cu o substanță caustică. Calmate îndată prin sedative (Fenobarbital, Extraveral, Pasinal etc.), antialergice (Feniramin, Nilfan, Tavegyl etc.) și prin comprese cu apă ușor alcoolizată sau bicarbonatată, vor fi și ele prezentate cît mai neîntîrziat medicului.

Degerăturile pavilionului, întîlnite la cei care — din cochetărie sau din nepăsare — se expun la ger fără a-și proteja urechile, pot varia de la înroșirea și tumefierea pavilioanelor, însoțite de senzația de prurit (mîncărime) și de arsură, pînă la forme grave, ducînd, uneori, la distrugerea unei porțiuni a cartilajului și lăsînd cicatrice inestetice.

Plăgile conductului auditiv extern — izolate sau asociate cu cele ale pavilionului — sînt produse fie de introducerea în ureche a unor instrumente improvizate (băț de chibrit, andrea, agrafă de păr, scobitoare etc.), în scopul curățirii conductului sau al calmării pruritului, fie prin pătrunderea accidentală în conduct a unui obiect ascuțit sau tăios. Tratamentul constă dintr-o baie auriculară cu alcool încălzit la 60—70°C, urmată de introducerea unui tampon de vată sau a unei meșe de tifon sterile, pentru prevenirea unei cicatrizări stenozante a conductului.

Fracturile conductului auditiv extern — putînd fi uneori produse prin iradierea unei fracturi a bazei craniului — apar de obicei izolat, în urma unei căderi pe bărbie, cu înfundarea condilului (extremitatea maxilarului inferior) în peretele anterior al conductului auditiv. Alteori, ele se produc prin lezarea conductului cu un obiect dur și ascuțit, pătruns accidental sau introdus cu forța în ureche. Diagnos-

ticată prin radiografie, evoluția fracturii depinde de felul traumatismului, de țesuturile vecine interesate (de exemplu nervul facial) și de precocitatea prezentării la medic.

O varietate deosebită de afecțiune posttraumatică a urechii externe este provocată de pătrunderea în conductul auditiv a unor **corpi străini.** Aceasta se poate întîmpla fie din joacă, la copii, fie la adulții insuficient educați, care își introduc în ureche diverși corpi străini (de exemplu cățel de usturoi), cu prejudecata că aceștia le vor calma durerile de măsele. Alteori, diverși corpi străini pot pătrunde în ureche în mod accidental (schije, insecte etc.).

Varietatea corpilor străini e foarte mare, ei putînd fi **neanimați** (boabe de porumb sau fasole, semințe, mărgele etc.) sau **animați** (musculițe, purici, urechelnițe etc.). Pentru prevenirea rănirii conductului și a complicațiilor inflamatorii, e bine ca pacientul și cei din jurul său să renunțe la încercarea de a extrage corpul străin prin mijloace proprii și să se adreseze cît mai neîntîrziat medicului specialist. Pînă la intervenția acestuia, se pot instila în ureche cîteva picături de alcool (în cazul unui corp străin vegetal, cu tendințe de umflare și de descompunere, cum ar fi bobul de fasole) sau de ulei (dacă e vorba de insectă).

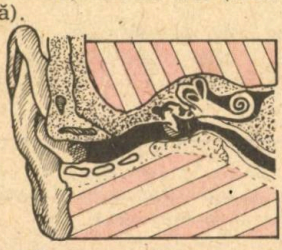


Fig. 2. — Secțiune prin urechea medie.

Urechea medie, numită și „căsuța timpanului" — despărțită de urechea externă prin timpan și de urechea internă printr-un perete subțire osos —, conține lanțul celor trei oscioare auditive : **ciocanul, nicovala** și **scărița** și comunică cu nazofaringele prin trompa lui Eustachio (scurt canal osteo-cartilaginos). Ea poate fi traumatizată în toate componentele ei. Aceste traumatisme au un prognostic mai sever decît cele ale urechii externe, bolnavul putînd rămîne cu diverse grade de hipoacuzie (scăderea auzului) sau — în cazul adăugirii unei infecții — putîndu-se produce o serie de complicații septice, ca : **otita medie supurată, otomastoidita, meningita** etc. Leziunile posttraumatice ale urechii medii pot fi : **ruptura timpanului, hematotimpanul, fractura** sau **luxația oscioarelor auditive, fractura apofizei mastoide** (osul dinapoia urechii, care comunică cu căsuța timpanului).

Ruptura timpanului poate fi produsă fie direct, prin încercări de curățire a urechii cu instrumente improvizate sau tentative de extragere a unor corpi străini duri și ascuțiți, pătrunși în conductul auditiv, fie indirect, prin producerea bruscă a unei compresii a aerului din conduct în timpul unor explozii, plonjări cu capul sub apă, aplicării unei palme pe ureche sau a iradierii la cadrul timpanal osos a unei fracturi a bazei craniului. Simptomul principal al rupturii timpanului este o durere vie, însoțită de hipoacuzie bruscă și de acufene (zgomote în urechi), mai rar de mică hemoragie. Cea mai bună conduită în aceste cazuri este introducerea unui tampon de vată curată și uscată în conduct și prezentarea de îndată la medicul otorinolaringolog, singurul în măsură să precizeze diagnosticul și să aplice tratamentul cel mai indicat. Se vor evita : **instilarea în ureche a oricărei substanțe, suflatul puternic al nasului (mai ales cel necorect, pe ambele nări deodată) și aspirarea secrețiilor pe nas.** Evoluția bolii este variabilă, perforația timpanului putîndu-se cicatriza în cîteva zile sau ducînd la diverse complicații, dacă s-a supraadăugat o infecție sau dacă există și alte leziuni traumatice în vecinătate (interesînd urechea internă sau baza craniului).

Hematotimpanul este acumularea de sînge în urechea medie, în cursul unei fracturi transversale a stîncii osului temporal, fără perforație timpanică. El se manifestă prin durere, senzația de plenitudine în urechi, hipoacuzie și acufene. Evoluția hematotimpanului se poate face fie spre vindecare prin resorbția sîngelui sau drenarea lui prin trompa lui Eustachio în nazofaringe, fie spre o surditate definitivă sau spre o supurație otică prin suprainfectarea colecției sanguine. Tratamentul revine numai medicului specialist.

Traumatismele oscioarelor auditive — din fericire, foarte rare — se pot produce fie printr-un șoc brusc pe mîna cu care omul se scarpină în ureche cu un obiect dur și ascuțit, fie printr-o cădere sau lovire pe regiunea occipitală. Leziunile produse sînt de obicei luxații ale articulațiilor dintre oscioare sau fractura nicovalei. Prezentînd aceleași simptome cu afecțiunile descrise anterior, leziunile oscioarelor pot fi precizate numai prin examen audiometric și radiologic. În ceea ce privește tratamentul, el va fi urmat numai într-un centru de specialitate cu înaltă calificare și constă în restaurarea lanțului de oscioare, sub microscopul chirurgical.

Fracturile mastoidei, de asemenea, extrem de rare, prezintă pericolul unei paralizii faciale sau al unei meningite, re-

zolvarea lor fiind, de asemenea, numai de domeniul specialistului.

Urechea internă sau „labirintul" — săpată în stînca osului temporal — este formată din două compartimente : **vestibulul, cu cele trei canale semicirculare,** avînd funcţie în echilibru, şi **cochleea** (melcul) cu **organul lui Corti,** de unde pornesc spre creier fibrele nervului auditiv. Şi această porţiune a urechii poate fi traumatizată, direct printr-o înţepătură accidentală profundă, o împuşcătură în ureche sau în cursul unei operaţii pe căsuţa timpanului, sau, indirect, prin şoc cranian, variaţii bruşte de presiune atmosferică, zgomote şi vibraţii puternice sau continui, ori prin fracturi ale stîncii.

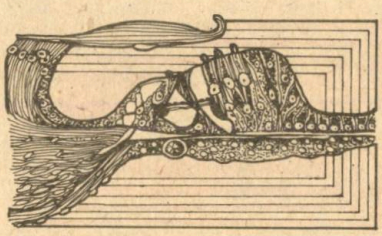


Fig. 3. — Secţiune prin urechea internă.

Traumatizarea urechii interne poate produce fie o comoţie a labirintului sau o fractură a pereţilor acestuia, fie — în cazul persistenţei factorilor nocivi la cei care lucrează în mediu cu zgomote, vibraţii sau compresii sau decompresii bruşte ale presiunii atmosferice, cum sînt cazangiii, artificierii, telefonistele, chesonierii, scafandrii etc. — o „traumă sonoră" sau o „barotraumă", boli profesionale care necesită măsuri speciale de protecţie sau chiar schimbarea locului de muncă.

Comoţia labirintului fără leziuni organice se manifestă prin senzaţia de ameţeală şi dezechilibru, hipoacuzie şi acufene, simptome variind după natura şi intensitatea traumatismului. Cel mai bun remediu al acestei afecţiuni este repausul într-o cameră liniştită, cu evitarea agresiunilor fizice sau psihice şi, la nevoie, cu administrarea de calmante.

Fracturile labirintului — produse de obicei în cazul unor fracturi ale bazei craniului şi confirmate prin examen radiologic — se manifestă prin **otoragie** (scurgere de sînge din ureche) sau prin **otorahie** (scurgere de lichid cefalorahidian), însoţită de echimoze (vînătăi) mastoidiene şi de tulburări ale auzului şi ale echilibrului. Dată fiind gravitatea traumatismului cranian şi posibilitatea infectării din nazofaringe, evoluţia şi prognosticul sînt severe.

În concluzia prezentării diverselor forme de traumatisme ale urechii, producînd o serie de tulburări ale celor două funcţii ale acesteia — auzul şi echilibrul — şi putînd fi urmate de diverse complicaţii, vom sublinia că cea mai recomandabilă atitudine este prevenirea lor, conform cunoscutului adagiu că „e mai uşor să eviţi boala decît s-o tratezi".

Profilaxia traumatismelor auriculare şi a consecinţelor lor nedorite se face prin :

— păstrarea unei igiene perfecte a urechii, cu evitarea folosirii unor metode neadecvate de curăţire a conductului auditiv, cu instrumente improvizate şi nesterile, care lezează şi infectează conductul auditiv şi timpanul, şi a autotratării prin metode empirice ;

— educarea şi supravegherea copiilor, spre a nu-şi introduce nici un fel de corpi străini în ureche ;

— protejarea urechii de pătrunderea în conduct a unor lichide fierbinţi sau substanţe caustice, precum şi de ger ;

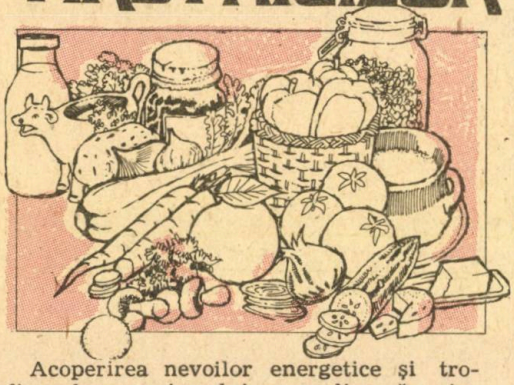
— atenţionarea celor care — din neatenţie sau mînie nestăpînită — lovesc urechile semenilor lor ;

— evitarea căderilor şi a lovirilor în cadrul unor accidente de stradă sau a practicării violente a unor sporturi (box, lupte etc.) ;

— respectarea normelor de protecţie a muncii la cei care lucrează în zgomot şi vibraţii puternice sau în mediu cu compresie şi descompresie bruscă a aerului.

CÎTE CEVA DESPRE

alimentația VÎRSTNICILOR



Acoperirea nevoilor energetice și trofice ale organismului se realizează printr-o alimentație rațională. Aceste nevoi sînt în funcție de vîrstă, sex, stare fiziologică, efort fizic. Astfel, dacă la copii nevoile sînt foarte mari, avînd în vedere creșterea și dezvoltarea organismului, ele scad odată cu vîrsta, ajungînd cu 10—25% mai mici la vîrste înaintate. După 60 de ani cheltuiala minimă de energie reprezentată de metabolismul bazal scade cu 15—20%, iar peste 80 de ani, cu 30—40%.

La aceasta se adaugă și faptul că persoanele în vîrstă au tendința de a abandona ocupațiile care necesită o cheltuială mare de energie sau reduc cadența într-o astfel de activitate.

Modificările din organism, la vîrste înaintate se reflectă și asupra digestiei și metabolismului factorilor nutritivi (proteine, lipide, glucide). Digestia este modificată începînd din gură unde, din cauza alterării danturii (majoritatea celor în vîrstă au dinții înlocuiți), apar tulburări de masticație (alimentele nu mai sînt mărunțite bine și amestecate cu salivă). De asemenea, secrețiile digestive scad, mucoasele digestive se atrofiază și există tulburări ale motilității * tubului digestiv. Ca urmare, bolul alimentar din gură ajunge în tubul digestiv, unde transformările lui sînt mai lente sau incomplete. De aceea, la vîrste înaintate nu se recomandă mese abundente, în grabă și cu alimente greu digerabile. La aceste modificări ale tubului digestiv se adaugă tulburările de absorbție de la nivelul intestinului, care fac ca mulți factori nutritivi să nu fie complet absorbiți și să se piardă, privînd organismul de o serie de substanțe necesare.

Metabolismul este modificat în sensul încetinirii lui.

Metabolismul glucidic modificat duce la scăderea toleranței la glucide. Ca urmare, nu se recomandă la aceste vîrste dulciurile concentrate, mai ales în cantitate mare (zahărul, ciocolată, dulcețurile, prăjiturile cu cremă și frișcă).

Metabolismul lipidic este caracterizat printr-o creștere a colesterolului și a trigliceridelor din sînge, cu depunerea lor pe vase și apariția aterosclerozei.

Metabolismul proteic se caracterizează prin creșterea catabolismului * și scăderea funcției de regenerare și refacere a țesuturilor.

Metabolismul apei și *electroliților* este perturbat, apărînd fenomene de demineralizare a scheletului (calciul nu se mai fixează în oase).

Toate aceste modificări se reflectă asupra modului de viață al acestor persoane. Pensionarea este o schimbare majoră în viața vîrstei înaintate.

Pentru a menține sănătatea și a avea o viață cît mai lungă, trebuie modificat și modul de alimentație, lent și conștient.

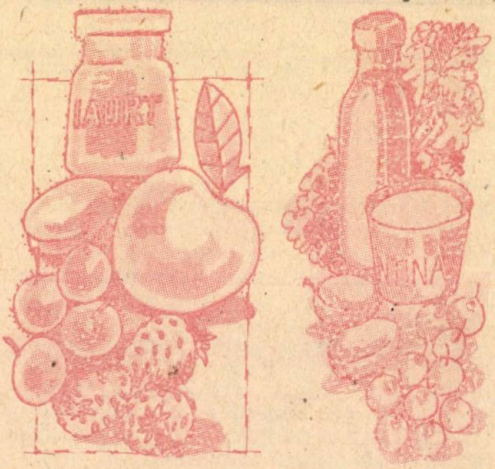
Numeroasele cercetări făcute de oamenii de știință au dus la concluzia că o alimentație rațională la aceste vîrste trebuie să cuprindă :

— 2 400 calorii/zi la bărbat ;

— 2 100 calorii/zi la femeie.

Variații în jurul acestor cifre se fac în funcție de modul de viață. La o viață sedentară (legată și de apariția unor boli) aportul se reduce, la o viață activă, ce implică efort fizic, aportul de calorii crește cu cca 10%.

Necesarul de proteine este de 1—1,2 g/kilocorp/zi, avînd în vedere denutriția proteică care apare din cauza catabolismului azotat mai intens. Dintre proteine,

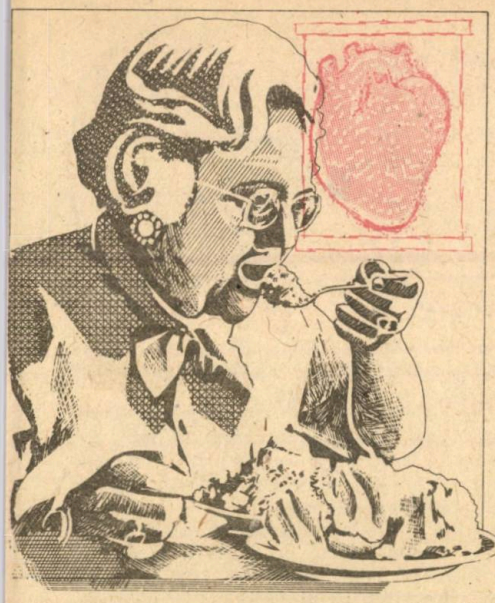


cel puțin jumătate trebuie să fie de origine animală și mai ales lapte și produse lactate.

Necesarul de lipide este scăzut, cca 70—80g/zi. Din acestea, jumătate vor fi

* *Motilitate* = capacitatea de a executa mișcări în mod activ sau pasiv.

* *Catabolism* = ansamblul proceselor de metabolism intermediar care realizează scindarea și degradarea metaboliților și componentelor structurale celulare.



de origine vegetală (uleiuri), bogate în vitamine liposolubile.

Necesarul de glucide trebuie să acopere 50% din valoarea calorică a raţiei zilnice. Se vor da glucide care se digeră uşor şi nu suprasolicită funcţia endocrină a pancreasului (secreţia de insulină), adică glucidele din pîine, cartofi, paste făinoase, legume şi fructe, evitîndu-se dulciurile concentrate.

Necesarul de săruri minerale şi vitamine va fi acoperit consumînd mai ales fructe şi legume în stare proaspătă, sub formă de salate şi sucuri. În plus, prin substanţele de balast (celuloza) aduse de acestea se combate constipaţia (fenomen frecvent la această vîrstă).

Necesarul de lichide este de 1 500—2 000 ml/zi.

Subliniem că este bine să se renunţe la o serie de alimente care produc tulburări prin suprasolicitarea proceselor metabolice, şi aşa epuizate.

Astfel, nu se recomandă :

— brînzeturile grase ;

— carnea grasă, slănina, carnea de vînat ;

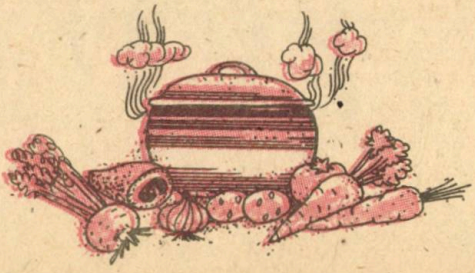
— untura, maioneza în cantitate mare, untul în cantitate mare ;

— ouăle în cantitate mare ;

— leguminoasele uscate, varza ;

— mîncărurile grase, cu prăjeală şi rîntaşuri ;

— băuturile foarte dulci, băuturile alcoolice ;

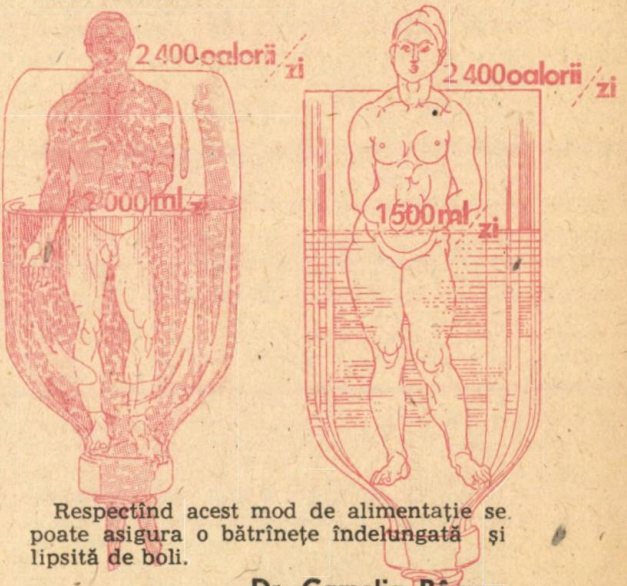


— dulciurile concentrate : zahărul în cantitate mare, dulceţuri, siropuri, prăjituri cu cremă şi frişcă, aluaturile grele (aluat franţuzesc).

Se recomandă mese frecvente, cantitativ reduse, luate în linişte, într-o ambianţă plăcută. Masa de seară se va servi cu 2—3 ore înainte de culcare şi nu va fi abundentă.

Se pot folosi condimente, dar numai de tipul celor aromate (cimbru, leuştean, tarhon, mărar, pătrunjel, dafin, scorţişoară, cuişoare).

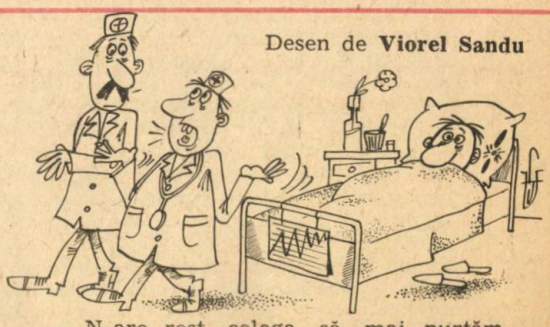
Obligatoriu, pentru a asigura o digestie bună, este necesară o dantură bună ; de aceea nu trebuie să se neglijeze repararea danturii.



Respectînd acest mod de alimentaţie se poate asigura o bătrîneţe îndelungată şi lipsită de boli.

Dr. Camelia Pârvan
— medic specialist în igiena alimentaţiei
Institutul de Igienă şi Sănătate Publică, Bucureşti

Desen de **Viorel Sandu**

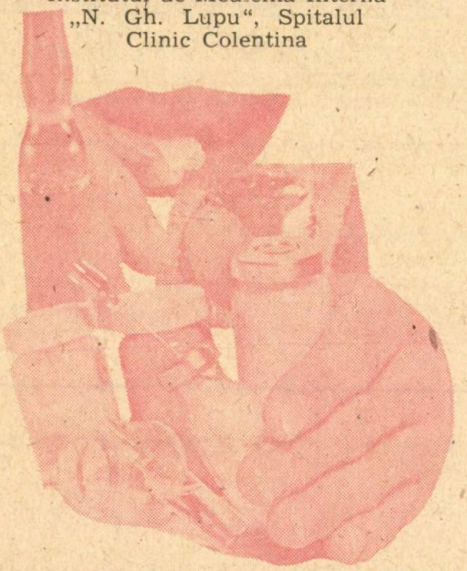


— N-are rost colega să mai purtăm disputa asupra diagnosticului. Vedem noi la autopsie ! ! !

ALERGIA MEDICAMENTOASĂ

Dr. Maria Chirilă

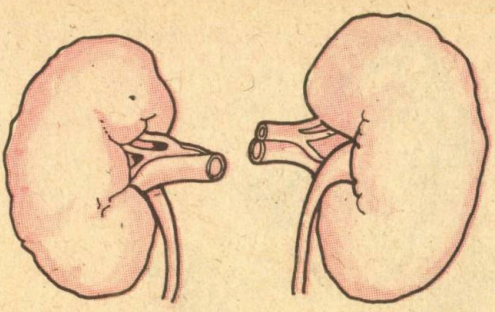
Cercetător ştiinţific,
Institutul de Medicină Internă
„N. Gh. Lupu", Spitalul
Clinic Colentina



Dorim ca acest articol să declanşeze un semnal de alarmă asupra consumului de medicamente şi al riscurilor vitale pe care-l implică acesta.

În ultimii ani au apărut cărţi de educaţie sanitară care atrag atenţia asupra pericolului exploziei medicamentoase pe piaţa mondială şi a consumului tot mai crescut de medicamente. În acest sens, un titlu foarte sugestiv îl are o carte apărută în S.U.A. — „Medicamentul, cura către moarte". La noi în ţară, în 1985, a apărut cartea „Medicamentul — acest necunoscut", de dr. Arcadie Percek, care, bine documentat, demonstrează, pas cu pas, că „sînt bolnavi care mor nu din cauza bolii de care suferă, ci din cauza medicaţiei administrate împotriva acesteia".

Aşa cum demonstrează specialiştii, cu cifre şi statistici, boala terapeutică, iatrogenică, a ajuns pe locul IV pe lista flagelelor sociale, după cancer, accidente vasculare şi de circulaţie.



Atunci cînd sistemul imunitar al individului care primeşte un medicament reacţionează împotriva acestui medicament reacţia secundară care se dezvoltă este o *alergie medicamentoasă.*

Aceasta poate acţiona prin intermediul tuturor mecanismelor imunitare şi la nivelul tuturor organelor, ceea ce explică marea diversitate a alergiilor medicamentoase.

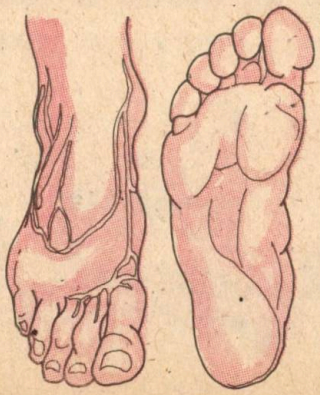
Organele cele mai des afectate sînt : pielea, plămînii, rinichii, ficatul, sîngele şi vasele ; dar reacţia poate fi şi generalizată, ca în şocul anafilactic, formă severă care pericliteză viaţa bolnavului.

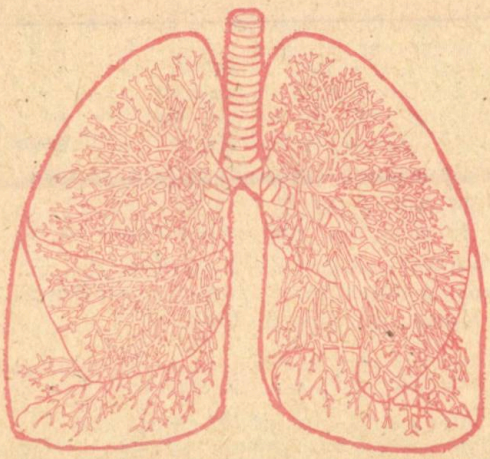
Sensibilitatea bolnavului este foarte variabilă şi poate să se producă chiar de la primul contact cu medicamentul sau, din contră, lent, timp de săptămîni, luni sau ani.

Odată sensibilizat, subiectul păstrează în memoria sa imunologică, timp îndelungat, capacitatea sa de răspuns la medicament. Deci, alergia la un medicament poate dura şi toată viaţa.

Manifestările clinice de alergii medicamentoase mai frecvent întîlnite pot fi erupţiile cutanate, cu aspecte extrem de polimorfe, febra persistentă, care cedează la întreruperea medicamentului, criza de astm bronşic severă, eozinofilii, anemii, manifestări grave, cu trombocitopenii şi, mai rar, agranulocitoză, edemul Quincke, şocul anafilactic — forma cea mai severă, dar frecvent întîlnită în alergia medicamentoasă.

Medicamentele cu cel mai mare potenţial alergizant sînt antibioticele, îndeosebi penicilinele şi cefalosporinele, sulfamidele, Aspirina, Piramidonul, produşii io-





dați, hormonii, vaccinurile, vitaminele, anestezicele. *De fapt este foarte important de subliniat că orice medicament este potențial alergizant.*

Pacienții, de regulă, uită că și vitaminele, laxativele, Aspirina, Piramidonul, Paracetamolul, picăturile intraoculare, luate de o modalitate quasipermanentă, sînt tot medicamente și chiar aceste administrări în doze mici și repetate reprezintă un pericol al declanșării alergiei medicamentoase.

De multe ori este greu de stabilit o alergie medicamentoasă, deoarece fenomenele clinice nu cedează odată cu întreruperea medicamentului, ci pot persista timp îndelungat, chiar luni de zile.

Este impresionant la ce reacții de respingere a substanțelor chimice de sinteză a ajuns organismul uman.

Banala și mult utilizata Aspirină poate determina manifestări de la cele mai simple, ca urticaria, la unele mai severe, ca polipoza nazală recidivantă și astmul bronșic, și la forma cea mai gravă — șocul anafilactic. De asemenea, vitamina B_1 poate fi responsabilă de moartea unui individ prin șoc anafilactic.

Alergia medicamentoasă poate prezenta de la început forme severe la cei cu teren atopic (predispus la alergii). De aceea, la acești indivizi se impun măsuri de profilaxie, în sensul alegerii medicamentelor cît mai puțin alergizante, administrarea pe cît posibil a unui singur medicament pe cale orală (calea injectabilă predispunînd la forme severe de alergie medicamentoasă), în doze mici și progresiv crescînde, tatonîndu-i toleranța.

Numărul alergicilor la medicamente crește într-un procent îngrijorător, cuprinzînd indivizi care nu au avut nici ei, nici în antecedente familiare, manifestări alergice.

Dar, probabil că impetuoasa dezvoltare a societății moderne, cu o explozie a substanțelor chimice de sinteză ajunse într-un impact cu organismul uman prin hrană, apă, aerul respirat și, în plus, polipragmazia, caracteristică terapiei actuale, a dus organismul uman la reacții de respingere, uneori brutal instalate, ca manifestări alergice grave, de tip anafilactic.

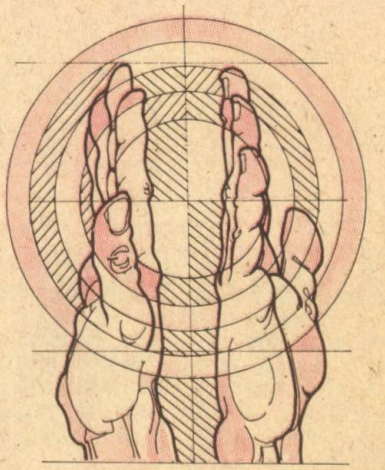
Acestea se pot declanșa la urme slabe de substanță (de ordinul moleculelor), așa cum au demonstrat-o reacțiile anafilactice declanșate la penicilină, atunci cînd în camera pacientului se manipula penicilina, pentru a fi administrată altui pacient.

Considerăm că trebuie tras un semnal de alarmă asupra pericolului pe care-l reprezintă fiecare tabletă administrată sau fiecare substanță chimică inhalată.

Deci, atunci cînd vrem să luăm un medicament trebuie să ne gîndim dacă este absolut necesar pentru a trata cauza bolii și nicidecum numai simptomele ei. Trebuie să ne gîndim să înlăturăm factorii favorizanți sau întreținători ai bolii, de exemplu, cum este constipația, în cazul infecției urinare cu *Colibacil*.

Se recomandă ca pacienții să se adreseze, sub îndrumare medicală, preparatelor fitoterapeutice și medicației homeopate, pentru afecțiunile care se pretează la aceste metode terapeutice.

Bolnavii care au declanșat alergii medicamentoase severe prezintă, de regulă, un sindrom depresiv, legat de faptul că nu mai pot consuma medicamente și ce se vor face în caz de infecții severe, accidente, intervenții chirurgicale. Nu este cazul să se îngrijoreze în acest sens, deoarece există mijloace terapeutice. Atunci cînd este vorba de un bolnav cu antecedente alergice și necesită o medicație de urgență, aceasta se face sub protecție antialergică.



Alergicii la medicamente trebuie să gîndească într-un sens mai larg, filozofic, şi anume să-şi dea seama că organismul cu „selful" său fiind în impact repetat cu o substanţă străină „non self" îşi declanşează mecanisme de respingere, pentru a se apăra de efectele nocive ale acesteia asupra organelor vitale.

Poate că este mai bine să se declanşeze sistemul de alarmă, prin alergie medicamentoasă, decît să se dezvolte o hepatită cronică medicamentoasă.

Medicii, fiecare în specialitatea lor, înarmîndu-se cu cunoaşterea mai multor metode terapeutice, o vor aplica pe cea care se pretează cel mai bine afecţiunii bolnavului. Afecţiunile acute necesită, de regulă, tratament alopat (cu medicamente de sinteză), dar în mare parte afecţiunile cronice se pot rezolva cu remedii de origine vegetală, animală, minerală, oferite de natură.

Încheiem cu frumoasele cuvinte ale lui Galenus : „Natura este cel mai bun medic : vindecă trei sferturi din bolnavi şi, în plus, nu-şi bîrfeşte confraţii".

hemoragiile GENITALE

ale femeii în vîrstă de peste 35 de ani

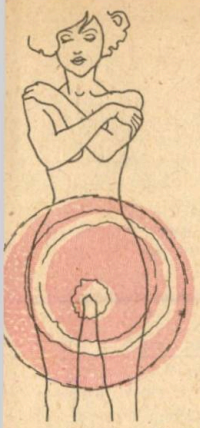
În jurul vîrstei de 40—45 de ani, hemoragiile genitale ale femeii sînt frecvente. Pierderile de sînge de durată variabilă, mai mult sau mai puţin abundente, ce survin între menstre, sînt denumite *metroragii*. Alteori pierderile de sînge îmbracă aspectul unor cicluri prelungite, abundente, cu cheaguri. Sînt aşazisele *menoragii*.

Hemoragiile femeii la această vîrstă se datoresc cel mai adesea dereglării funcţiei hormonale a ovarelor sau leziunilor colului şi corpului uterin.

Hemoragiile „funcţionale" anunţă, de fapt, începutul declinului activităţii ovarelor. Ciclurile anovulatorii, foarte rare înainte de 35 de ani, devin frecvente în anii premergători instalării menopauzei. Pe parcursul unor astfel de cicluri, ovulul nu se mai formează. Evident, sarcina nu poate fi posibilă. Ovarul nu produce, însă, nici progesteron. Dar absenţa acestui hormon perturbă maturizarea normală a mucoasei ce căptuşeşte cavitatea uterină. Instalarea şi desfăşurarea menstruaţiei va fi astfel perturbată, în ciclurile anovulatorii. După o întîrziere de mai multe zile, în locul menstrei obişnuite apare o sîngerare ceva mai abundentă. Hemoragia se continuă apoi în cantitate mică de obicei, zilnic sau aproape zilnic, pe parcursul cîtorva săptămîni chiar. Cu ocazia unui nou ciclu anovulator sîngerarea prelungită se repetă.

Hemoragiile „funcţionale" reprezintă peste două treimi din pierderile de sînge ale femeii între 35 şi 50 de ani. Aceste hemoragii nu au consecinţe imediate sau în timp.

Alte hemoragii frecvente în anii dinaintea instalării menopauzei sînt cele produse de către *fibroame*. Fibroame, mai mari sau mai mici, sînt descoperite cu ocazia controalelor ginecologice, la aproape un sfert din femeile ce au depăşit 35 de ani. Hemoragii determină doar fibroamele ce se dezvoltă înspre interiorul cavităţii uterine (aşa-zisele *fibroame submucoase* sau *intracavitare)*. La femeile cu fibroame submucoase, menstrele devin din ce în ce mai abundente şi mai prelungite. Ulterior, menoragiilor li se asociază pierderile de sînge între menstruaţii. Treptat, succesiunea ciclurilor menstruale este complet bulversată. Anemia, severă adeseori, este consecinţa directă a hemoragiilor prelungite, abundente. Anemia nu poate fi corectată prin



intermediul tratamentului medicamentos şi afectează din ce în ce mai mult starea generală a femeii.

Dar nu întotdeauna, pierderile de sînge la femei, mai ales după 35 de ani, sînt produse de eventualele fibroame descoperite cu ocazia examenului ginecologic. La aproape jumătate din femeile purtătoare de fibroame, cu hemoragii survenite în premenopauză, pierderile de sînge sînt de natură „funcţională" şi nu se datoresc tumorii uterine. Singur chiuretajul uterin, completat cu examenul anatomopatologic al produsului extras, poate stabili cauza reală a sîngerării.

Alte cauze ale hemoragiilor genitale la femeile de peste 35 de ani sînt reprezentate de inflamaţii cronice sau cancere ale colului şi corpului uterin.

Leziunile mucoasei de înveliş a colului uterin, produse de inflamaţiile cronice sau printr-o perturbare a regenerării (refacerii) sale normale, sînt de obicei însoţite de mici hemoragii, cel mai adesea provocate. Pierderea de sînge apare astfel după mici traumatisme ale colului — raport sexual, examen ginecologic, toaleta intimă. Unele din leziunile cronice ale mucoasei colului fac parte din categoria precancerelor. În timp, o parte din ele vor evolua înspre un cancer de col uterin.

Cancerul de col uterin este în prezent cea mai răspîndită formă de cancer la femei, într-o serie de ţări, printre care se numără şi România. Acest cancer atinge frecvenţa maximă între 45 şi 50 de ani. O lungă perioadă de timp, de cîţiva ani în general, cancerul de col rămîne „mut" clinic, neproducînd nici o supărare femeii. Hemoragiile, primul semn de alarmă al majorităţii cancerelor de col uterin, apar de obicei tîrziu în evoluţia acestora, sînt puţin importante, de multe ori neglijate de către femeie. Pierderile de sînge sînt de regulă provocate prin raportul sexual. La început sîngele, în cantitate mică, pătează doar lenjeria. Sîngerarea se repetă însă şi se accentuează. Cînd hemoragia devine abundentă, cancerul se află, cel mai adesea, într-un stadiu avansat.

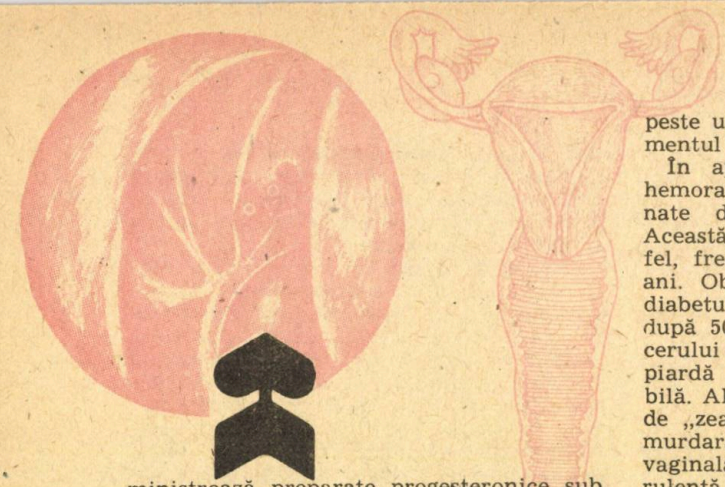
Cancerul de corp uterin este destul de rar în preajma menopauzei. Sîngerările sînt — şi în cazul acestui cancer — primul semn la bolii. Hemoragia nu prezintă nici o particularitate la această vîrstă, prin care ar putea atrage atenţia asupra acestei afecţiuni grave.

Stabilirea naturii leziunilor colului uterin (inflamatorie, precanceroasă sau sigur canceroasă) necesită cîteva examene de specialitate. Acestea sînt: examenul colului cu valvele, examenul citologic al secreţiei vaginale, colposcopia şi, la nevoie, biopsia. Toate sînt examinări complet inofensive, uşor acceptate de către femeie. Singura modalitate de a stabili diagnosticul de cancer de corp uterin rămîne chiuretajul biopsic.

De o mare importanţă este faptul că, în intervalul de timp în care cancerul genital nu prezintă nici o manifestare prin care să atragă atenţia femeii, boala poate fi depistată prin examenele de specialitate. Acesta este, dealtfel, scopul major al controalelor periodice, efectuate anual la toate femeile a căror vîrstă este cuprinsă între 18 şi 65 de ani.

TRATAMENT

Cum se tratează hemoragiile genitale ale femeii aflate în preajma menopauzei? Chiuretajul uterin, necesar pentru precizarea diagnosticului, poate opri adeseori sîngerarea. Are deci şi rol terapeutic. Precizarea în mod cert a cauzei hemoragiei prin examenul anatomopatologic al produsului obţinut prin chiuretaj permite instituirea tratamentului corect. În hemoragiile „funcţionale" se administrează un tratament hormonal. Acesta este necesar pentru a opri sîngerarea, în cazurile în care numai chiuretajul nu a fost suficient, cît şi pentru a preveni reapariţia hemoragiilor. În acest scop se ad-



ministrează preparate progesteronice sub formă de tablete — Medroxiprogesteron, Orgametril, Endometril. Schemele de administrare a medicamentelor vor fi stabilite de către specialistul ginecolog.

Dacă hemoragia este produsă de fibroame uterine submucoase, chiuretajul şi tratamentul medicamentos (Ergomet, progesteronice, diverse preparate hemostatice cu efect asupra sîngerării în general) rămîn ineficace. În aceste cazuri, persistenţa pierderilor de sînge şi anemia pe care o întreţine hemoragia fac necesară intervenţia chirurgicală.

Leziunile inflamatorii ale colului necesită de obicei un tratament local, iar pentru grăbirea vindecării lor, electrocoagularea. Leziunile precanceroase vor fi supravegheate atent, iar la nevoie îndepărtate, prin intervenţii, cum sînt conizaţia sau amputaţia colului uterin.

Tratamentul cancerelor este complex. Necesită aplicarea unor doze mari de radiaţii şi intervenţii chirurgicale extinse. Şansele de reuşită ale tratamentului în cancerele genitale depind, în primul rînd, de stadiul în care a fost descoperită boala. În cancerele incipiente procentajul vindecărilor ajunge la 95—100% din cazuri, pentru ca în stadiile avansate, vindecarea să devină, practic, imposibilă.

Ce trebuie să reţină orice femeie ce a depăşit 35 de ani ?

În primul rînd, a nu omite să se prezinte cu regularitate la controalele ginecologice periodice, chiar dacă acestea nu au semnalat, mai înainte, nimic anormal.

Să se prezinte de urgenţă la medic, cu ocazia oricărei hemoragii genitale apărute, indiferent de momentul instalării acesteia, de abundenţă şi durată.

Nu trebuie să se înceapă nici un tratament al unei sîngerări, mai ales hormonal, fără a fi efectuate cîteva examene obligatorii : citologia, colposcopia, chiuretajul biopsic (indispensabil la femeia de peste 35 de ani !).

În menopauză, sîngerările genitale sînt rare. Sînt considerate hemoragii în menopauză pierderile de sînge ce apar la peste un an şi jumătate, doi ani, din momentul încetării complete a menstrelor.

În aproximativ o treime din cazuri, hemoragiile în menopauză sînt determinate de cancere ale corpului uterin. Această tumoare malignă atinge, dealtfel, frecvenţa maximă între 65 şi 70 de ani. Obezitatea, hipertensiunea arterială, diabetul, instalarea tîrzie a menopauzei după 50 de ani favorizează apariţia cancerului de corp uterin. Femeia începe să piardă sînge maroniu, în cantitate variabilă. Alteori pierde o secreţie cu aspect de „zeamă de carne", de culoare rozată, murdară, mirositoare. Uneori scurgerea vaginală este mai mult sau mai puţin purulentă.

Destul de frecvent, pierderile de sînge în menopauză apar în urma lezării mucoasei vaginului. Mucoasa ce înveleşte în interior vaginul devine tot mai subţire, pe măsură ce femeia avansează în vîrstă. Rănile mucoasei, produse cu ocazia unui raport sexual sau a toaletei intime, pot să se însoţească de hemoragii, uneori neaşteptat de mari.

Nu sînt prea rare nici hemoragiile ce survin la cîteva săptămîni, de obicei, după administrarea unor preparate medicamentoase hormonale. O serie de medicamente injectabile, utilizate pentru a diminua tulburările nervoase şi valurile de căldură resimţite de o bună parte a femeilor aflate în menopauză, cum este Estrotestul, fac parte din acest grup. Chiar cortizonii, administraţi în cantităţi mari, perioade lungi de timp, la unele bolnave reumatice în menopauză, pot să determine mici sîngerări.

Alte cauze ale hemoragiilor genitale la femeile în menopauză, cum sînt cancerul de col uterin sau cancerele ovariene, sînt mult mai rare, dar de temut.

Indiferent care este aspectul şi cantitatea sîngelui pierdut prin vagin, de o femeie aflată în menopauză, prezentarea la medic, fără nici cea mai mică întîrziere, este absolut obligatorie. Examenul ginecologic şi o serie de investigaţii, în rîndul cărora chiuretajul uterin biopsic este de regulă indispensabil, permit precizarea naturii sîngerării şi instituirea tratamentului adecvat.

DR. N. CRIŞAN
SPITALUL CLINIC „TITAN"

PIGULE fără... rețetă

● **Dacă ai fost înzestrat de la natură cu o inimă „de piatră", evită totuși să „zgîrii", cu colțurile ei, sufletele altora...**

● **Cînd sînteți prea nervoși nu căutați să vă descărcați nervii pe copiii voștri. Este mult mai practic să-i trimiteți la farmacie după... calmante.**

● **Ferește-te de forța nebunului, dar mai ales de slăbiciunea înțeleptului...**

● **Cine se joacă prea mult cu sănătatea ajunge în cele din urmă... jucăria bolilor.**

● **Ochii care nu au plîns măcar o dată, înseamnă că nu și-au coborît niciodată privirea pînă la nivelul... inimii.**

● **Este bine ca în viață să fii consecvent în obținerea rezultatelor pozitive, cu excepția acelora de la... Wassermann.**

● **Cînd doi nebuni se ceartă, al treilea o ia în serios...**

● **Pentru că s-a îndoit de orice și la fiecare pas, a ajuns pînă la urmă un irecuperabil... cocoșat.**

● **Dacă tu ești prea stresat nu încerca să stresezi și pe alții... Gîndește-te că nervii altora nu sînt, de fapt, proprietatea ta personală, chiar dacă interlocutorii îți sînt și... subalterni.**

● **Am văzut cîte un „lup moralist" care își etalează, la intrarea în biroul său, citate pe tema : „Nu te enerva !" Dar îndemnul este lansat numai pentru ca insul respectiv să poată țipa la alții, fără ca aceștia să se enerveze...**

● **Era așa de influențat de către cei din jur încît toate hotărîrile sale le lua numai la persoana I... plural.**

● **Rîsul este într-adevăr sănătos, dar totodată trebuie avut în vedere că el poate și îmbolnăvi pe cei care sînt luați mereu... în rîs.**

TITEL CANACHE

ÎNCĂ O PLEDOARIE PENTRU MIȘCARE

Esența fericirii-i sănătatea
Și-a sănătății e mișcarea.

(JAMES THONSON)

Mersul — condiție a sănătății și longevității

Mișcarea nu aparține unei epoci, ci tuturor timpurilor. Ea ne ajută să evităm scurgerea timpului, a anilor. „Nimic nu trece mai repede ca anii", spunea una din mințile cele mai luminate ale Renașterii — Leonardo da Vinci. Iar „trîndăvia" — adăuga C. Parese — „face ca orele să treacă încet și anii mai repede".

Plecînd de la aceste ilustre premise... sperăm ca pledoaria noastră pentru mișcare să fie înțeleasă... recomandările noastre să fie urmate. Mijloacele propuse sînt simple în aparență, în discordanță — poate — cu mărețele cuceriri ale științei și medicinii moderne. Dar ele au trecut proba timpului... au fost verificate din timpuri imemoriale... sînt eficace... sînt fiziologice și ieftine. Aduc ani în plus. Fac ca viața să semene cu o poveste.

Mersul este cel mai vechi, mai eficient şi mai ieftin mijloc de întreţinere a sănătăţii, a condiţiei fizice... de menţinere a unei greutăţi cît mai apropiate de limitele ideale. El foloseşte — într-o acţiune armonioasă, continuă şi uniformă — mai mulţi muşchi decît multe alte forme de activitate fizică şi — lucru important — rămîne accesibil de-a lungul întregii vieţi. „De la tinereţe pîn-la bătrîneţe", cum ar spune datina străbună.

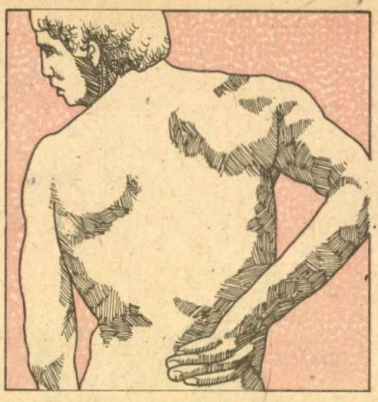
Mersul este adesea folosit în programele de prevenire a bolilor cardiovasculare, ca şi în reabilitarea celor care au suferit o afecţiune cardiacă. Dar nu numai inima beneficiază de mers. Ci şi plămînii, articulaţiile, musculatura, sistemul nervos. Spunea Goethe : „...mergînd în natură culorile acţionează asupra sufletului, pot determina apariţia sentimentelor, provoacă emoţii şi gînduri, ne liniştesc sau ne frămîntă, ne întristează sau ne bucură".

Cred că nu exagerez afirmînd că mersul reprezintă una din cele mai de valoare poliţe de asigurare de viaţă... de asigurare a sănătăţii... a longevităţii.

Dar să pornim la drum... Primul pas... este de a găsi forme de mers care se adaptează cel mai bine fiecărui caz în parte. Or, pentru aceasta... un examen medical, un control al inimii... sînt obligatorii.

Plimbarea

Reprezintă cea mai înceată formă a mersului : 1,5—2 km pe oră. Nu-i o viteză cosmică (! ?)... dar este accesibilă vîrstelor celor mai înaintate.



Parafrazînd şi actualizînd „Acuarela" lui Ion Minulescu, s-ar putea spune :

„În oraşu-n care plouă de trei ori pe săptămînă,
Un bătrîn şi o bătrînă,
Două inimi neuzate (sau „compensate" — sună mai medical)
Merg ţinîndu-se de mînă".

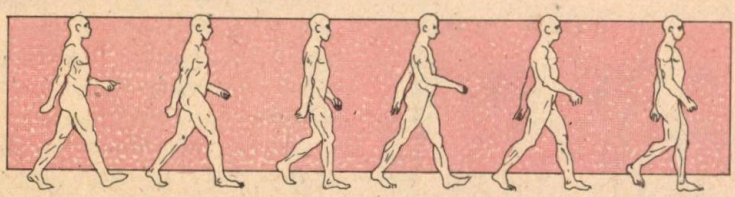
Plimbarea este accesibilă bolnavilor cu infarct miocardic în antecedente, celor suferinzi de arterită sau varice... pulmonarilor cronici... bolnavilor cu suferinţe articulare... convalescenţilor după orice boală.

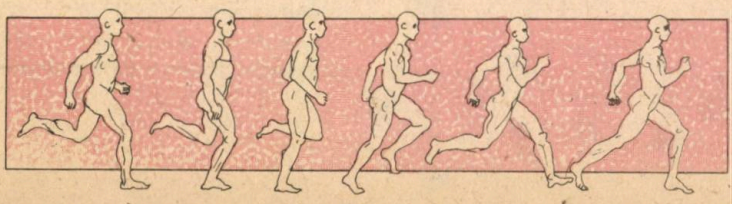
Plimbarea de duminică sau din alte zile libere poate ajunge la 2—3 ore ! Chiar plimbarea cîinelui, pentru 20—30 de minute, adaugă 2—3 km pe săptămînă. Asta — se înţelege — cînd pe nepoţi îi plimbă altcineva !

Dar plimbarea nu este rezervată decît vîrstelor foarte înaintate (care au adunat „toamnă după toamnă") sau cazurilor în care inima — suferindă — recunoaşte că „am început să îmbătrînesc".

Mersul normal

Este mersul practicat de fiecare din noi în mod inconştient, dar care — ca exerciţiu — trebuie efectuat ca scop în sine... la o viteză de aproximativ 6 km pe oră. Deci... ce avem de făcut este să mergem... să mergem cît mai mult. Dacă se poate o oră pe zi... dacă nu, cel puţin o oră la 2 zile...



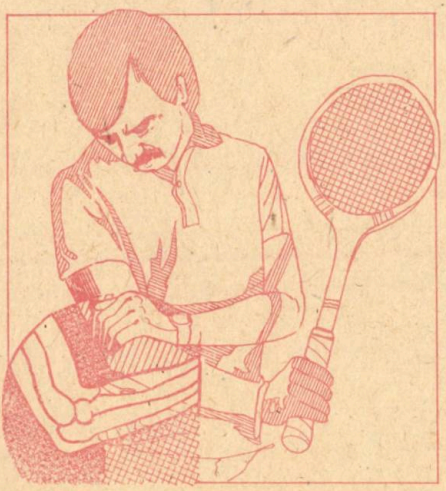


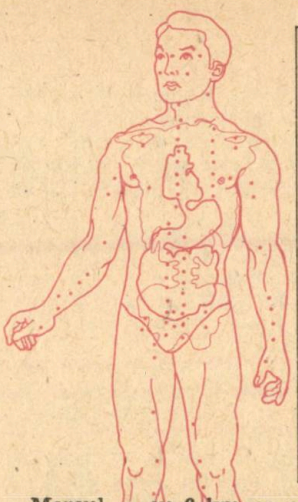
Cum se poate realiza aceasta ? „E imposibil“, — vor spune mulți ! „Nu avem timp“... — vor spune alții. „Este posibil“ ! — spun eu ! Totul este să vrem ! Și să vrem acum... nu mîine sau luna viitoare. Pentru că fiecare clipă, fiecare zi este unică în raport cu noi ; odată scursă, a pierit cu desăvîrșire, pentru totdeauna ! Nu-mi spuneți „dacă toată lumea oferă sfaturi este... pentru că nimeni nu le cere“. Nu dau un sfat ! O spun din experiență... dintr-o experiență de 2 ani... în care am parcurs... în acest mod... peste 4 000 km.

Una din căile cele mai sigure de a realiza cîțiva km pe zi este mersul către locul de muncă. Adunînd timpul pierdut așteptînd troleibuzul sau tramvaiul... de multe ori putem ajunge mai repede la fabrică, la institut sau la școală... mergînd pe jos. Dacă avem de mers mai mult... cel puțin o parte din drum se poate face *„per pedes“*. Și la locul de muncă există „rezerve interne“ de a merge : suiți scările în loc de a folosi liftul, mergeți pe jos — pentru a rezolva o problemă — pînă în secția vecină, în loc de a folosi telefonul... luați gustarea plimbîndu-vă prin curtea întreprinderii.

Mersul este recomandabil înainte și după mese, chiar dacă durează numai 15 minute. Mersul înainte de masă poate diminua apetitul... cel de după masă contribuie la arderea caloriilor... iar cel de seară asigură „un somn neîntors“.

Mersul este, de asemenea, un important mijloc de a vedea lucruri și locuri noi, de a cunoaște (edificii, monumente, orașe... „peisage“, cum spuneau Tanța și Costel într-un serial de televiziune), în timpul călătoriilor de la sfîrșit de săptămînă sau din concediile de odihnă. Nu întîmplător cele mai multe cărți-ghid ale ariilor de interes major turistic conțin trasee de mers pe jos și estimează timpul necesar unei astfel de rute.





Mersul — cu 6 km pe oră — permite să explorăm locuri noi, să ne instruim, să asimilăm impresii, să întîlnim oameni. Alteori mersul ne permite să fim numai cu noi înșine... permite singurătatea („pedeapsă sau lux rar“, cum o numea Alexis Carrel). Mersul poate stimula gîndirea, crescînd aportul de oxigen către creier. De fapt acest articol a fost conceput „pe ici, pe colo... prin părțile esențiale“, în cursul orelor de mers pe Maior Coravu sau prin parcul „23 August“.

Mersul aerobic

Reprezintă orice stil de mers la o viteză, cu o durată și un efort care să solicite inima. Solicitarea inimii și — concomitent — a plămînului trebuie să dureze minimum 15 minute (dar ideal, în jur de 30 de minute) și aceasta să se repete cel puțin de 3 ori pe săptămînă. Multe forme de mers normal pot fi convertite în exercițiu aerobic, menținînd un pas vioi, sprinten, urcînd un plan înclinat sau o înălțime (deal, munte) sau purtînd un rucsac în spinare.

Scopul mersului aerobic este de a ridica frecvența bătăilor cardiace la 70—80% din maximul ei pentru o vîrstă dată (vezi tabelul).

Vîrsta	Frecvența maximă (bătăi/minut)	Frecvența necesară mersului aerobic (bătăi/minut)
20	200	140 — 170
25	195	137 — 166
30	190	133 — 162
35	185	130 — 157
40	180	126 — 153
45	175	123 — 149
50	170	119 — 145
55	165	116 — 140
60	160	112 — 136
65	155	109 — 132
70	150	105 — 128

Cum procedăm ? Se măsoară frecvența cardiacă după 10—15 minute de la începutul mersului. Pentru aceasta, în mers (pentru cine poate) sau după oprire se numără pulsațiile timp de 15 secunde și se înmulțește cu 4.

Exemplu practic. Să presupunem că aveți 50 de ani. Pentru această vîrstă (vezi tabelul) frecvența maximă a inimii este de 170, iar „zona de țintă" pe care trebuie s-o atingeți prin mers aerobic este între 119—145 pulsații/minut.

Numărați pulsul pe 15 secunde. Ați găsit 32. Înmulțiți cu 4. Rezultatul este 128. Asta înseamnă că ați atins „ținta". Continuați mersul cu aceeași viteză.

Dacă numărul de pulsații pe 15 secunde este — să zicem 25 — pe un minut (25 X 4) frecvența cardiacă va fi de 100. Asta înseamnă că trebuie să creșteți viteza de mers pentru a ajunge la cel puțin 120 pulsații pe minut.

*

* *

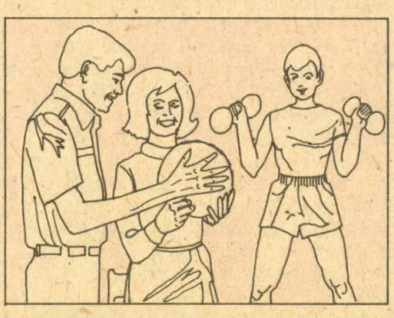
Ce este mersul ? Inspirîndu-ne din *Luceafărul* poeziei românești, care se întreba"... Ce este amorul...", am putea spune :

„Ce este mersul ? E un lung
Prilej de recreere,
Căci mii de ore nu-i ajung
Și tot mai multe cere."

Ce înseamnă mersul pentru viață, pentru sănătate :

— scade pierderea minerală din oase, prevenind osteoporoza și fracturile, atît de frecvente la vîrstnici ;

— ajută la creșterea nivelului lipoproteinelor cu densitate crescută, a colesterolului „bun", care contribuie la prevenirea aterosclerozei ; în același timp reduce nivelul lipoproteinelor cu densitate joasă, conținînd colesterolul „rău", și — prin aceasta — reduce numărul atacurilor cardiace și cerebrale... salvează vieți ;



— favorizează dezvoltarea circulației colaterale la bolnavii cu arterită și ajută circulația de întoarcere la cei cu varice ;

— menține mobilitatea articulară, combătînd procesele de „ruginire" articulară și tonusul muscular ;

— previne și combate obezitatea ;

— prelungește viața, tinerețea, vigoarea ;

— reprezintă cea mai ieftină și eficace terapie recreativă.

Sper că pledoaria mea n-a fost zadarnică. Sper că cititorii mei se vor convinge de virtuțile mișcării, ale mersului. Începutul e greu... recunosc. Dar cei ce pornesc la drum... ajung departe !

Și încă ceva ! Nimeni — accentuez — nimeni nu este prea bătrîn pentru a începe. A începe astăzi ! O oră astăzi... valorează cît două mîine.

Încercați... perseverați... și-mi veți mulțumi !

•

EUGEN ALEXE
MEDIC PRIMAR
DOCTOR ÎN MEDICINĂ

Desene de **Romulus Popescu**

Fără cuvinte

plantele medicinale,

rezervă permanentă a terapeuticii

Cunoştinţele despre plantele medicinale, atît de folosite în prezent, reprezintă împletirea tradiţiei medicinii empirice cu cercetările cele mai recente realizate în acest domeniu.

Vechi de cînd este omul, plantele medicinale reprezintă un valoros tezaur oferit de natură acestuia, care le-a utilizat la început din instinct, apoi pe baza experienţei, în scopul prevenirii sau vindecării diferitelor afecţiuni.

Utilizarea plantelor pentru vindecarea unor boli la om datează din timpuri foarte vechi, din timpuri preistorice cînd omul, trăind în mijlocul naturii şi luptînd prin diferite mijloace pentru a-şi asigura existenţa, a sesizat că anumite plante erau foarte bune ca hrană, altele bune pentru vindecarea unor boli, iar altele erau toxice.

Cunoştinţele despre efectul plantelor medicinale au fost transmise la început oral, la toate popoarele de pe glob. Abia cu 5 000 de ani î.e.n. apar date scrise în Egipt, unde plantele medicinale erau folosite curent pentru îmbălsămarea trupurilor regilor decedaţi. În China antică era folosit *reventul* ca purgativ, *cîrcelul* ca antiastmatic. Ulterior, cunoştinţele despre plantele medicinale au fost extinse de către greci şi romani, care au creat grădini botanice cu diferite feluri de plante : aromatice, medicinale şi de ornament.

În America de Sud băştinaşii cunoşteau efectul terapeutic al multor plante specifice acelei regiuni, şi anume : *fructele arborelui de cafea, de cacao, plante toxice* care conţin *stricnină, curara*, iar în Africa băştinaşii foloseau *seminţele de cola* ca reconfortant al organismului.

Marele învăţat Hipocrate, considerat părintele medicinii, a arătat că nevoia a învăţat pe om ca din nenumăratele plante care populează Pămîntul să aleagă specia cea mai potrivită pentru tratarea unei anumite afecţiuni. Este uimitor cum popoare din diferite părţi ale globului pămîntesc foloseau plante care conţineau principii active înrudite din punct de vedere chimic şi deci care aveau acţiune asemănătoare.

În ţara noastră arta vindecării diferitelor boli cu ajutorul plantelor medicinale are o veche tradiţie, istoria folosirii lor contopindu-se cu istoria poporului român. Strămoşii noştri, geto-dacii, cunoşteau şi foloseau plantele medicinale, fapt semnalat de Herodot cu cinci secole înaintea erei noastre. Cu patru secole mai tîrziu, medicul şi botanistul grec Dioscoride, consemnează într-o lucrare celebră — *„Materia Medica"* — că dacii foloseau numeroase specii de plante ca remediu principal în tratamentul bolilor, descriind aproape 600 de plante medicinale.

După cucerirea Daciei de către romani, arsenalul terapeutic se îmbogăţeşte, datorită utilizării de noi plante medicinale, romanii posedînd mai multe cunoştinţe în legătură cu efectele lor terapeutice.

Între secolele II şi XIV e.n. nu există documente scrise care să ateste utilizarea plantelor medicinale de către strămoşii noştri, pentru ca, începînd cu secolul al XV-lea, să apară unele documente scrise în limba română, documente care confirmă din plin că încă din cele mai vechi timpuri pe teritoriul ţării noastre plantele medicinale au avut o largă întrebuinţare, constituind modul cel mai potrivit pentru prevenirea şi combaterea unor boli.

Începînd cu secolul al XIX-lea, plantele medicinale încep să formeze obiectul unor cercetări minuţioase, cu scopul de a se preciza dacă plantele folosite pînă atunci pe bază de tradiţii de medicina empirică conţin substanţe cu acţiunea terapeutică dorită sau bănuită, pentru ca apoi să le izoleze pe cele răspunzătoare de activitatea farmacologică. Astfel se deschide un nou domeniu al terapeuticii moderne, cunoscut

sub numele de *fitoterapie*, o nouă ramură a științelor medicale, mult apreciată în zilele noastre.

În prezent, numeroși cercetători de la diferite institute de cercetări au reușit să precizeze conținutul în principii active al majorității plantelor medicinale folosite de medicina tradițională, demonstrînd astfel că dispunem de o imensă rezervă de materie primă pentru fabricarea diferitelor forme tipizate foarte valoroase.

Cercetările în direcția valorificării superioare a plantelor medicinale au fost îndreptate în două direcții : pe de o parte s-a urmărit izolarea principiilor active din plante, iar pe de altă parte, stabilirea structurii lor chimice. De asemenea, s-au precizat proprietățile fizice și chimice ale lor, proprietăți de care trebuie să se țină seama atunci cînd se prepară un medicament pornind de la plante medicinale.

Rezultatele acestor cercetări au condus la posibilitatea introducerii în arsenalul terapeutic a multor specii de plante, specii care au un conținut ridicat în principii active și care nu pot fi înlocuite cu substanțe de sinteză.

Dacă în trecut populația de la sate, lipsită de mijloace materiale, cît și de asistență medicală, folosea cu multă încredere plantele medicinale, care creșteau în împrejurimile habitatului său, pentru ameliorarea suferințelor datorite diferitelor afecțiuni ale organismului, păstrînd tradiții din tată în fiu, pînă în zilele noastre, astăzi situația este cu totul alta.

Încă din 1949 conducerea de partid și de stat, apreciind importanța economică și științifică pe care o prezintă plantele medicinale pentru țara noastră, a organizat valorificarea superioară a acestei imense bogății, acordînd o atenție deosebită dezvoltării acestui sector al economiei noastre naționale. Astfel, problema plantelor medicinale a devenit o problemă de stat, dîndu-se posibilitatea efectuării unui studiu complex al acestora, dirijînd și coordonînd cultivarea și recoltarea lor din flora spontană și din culturi.

Studiile efectuate pînă în prezent s-au finalizat cu izolarea precum și stabilirea structurii chimice a multor substanțe medicamentoase din diferite specii de plante medicinale folosite în terapeutică.

Datele obținute demonstrează convingător importanța substanțelor biosintetizate de celula vegetală, fie ca molecule active din punct de vedere terapeutic, fie ca materii prime utilizate în sinteza multor medicamente.

Cercetările continuă, deoarece pentru utilizarea cît mai eficientă a unei plante medicinale este necesară cunoașterea cît mai exactă a produselor vegetale ; or, este cunoscut faptul că de la locul de origine al plantelor, pînă la produsul vegetal care trebuie folosit, trebuie parcurse mai multe etape, fiecare avînd o deosebită importanță.

Identificarea plantelor reprezintă faza cea mai importantă, deoarece de exactitatea acestei operații vor depinde și următoarele etape. Trebuie subliniat faptul că recunoașterea corectă a plantelor medicinale este foarte dificilă și cu deosebit de mare răspundere față de noi și față de semenii noștri. Persoanele care execută această operație trebuie să cunoască unele

trăsături morfologice ale plantei, pentru a o putea recunoaşte. Se pot produce erori mari în denumirea plantei, ştiut fiind că denumirile populare diferă de la o localitate la alta — deci o plantă poate avea mai multe denumiri populare — sau, din cauza numărului mare de specii de plante existente pe teritoriul ţării noastre, se atribuie aceeaşi denumire mai multor specii. Din aceste motive este absolut necesar ca în denumirea plantei să fie folosită denumirea ştiinţifică, care este aceeaşi în toată literatura de specialitate, cît şi cea populară.

Recoltarea plantelor trebuie *făcută la timp*, ţinînd seama de natura chimică a principiilor active, de *variaţia* concentraţiei lor în funcţie de specia de plantă, de locul de origine şi de condiţiile pedoclimatice, precum şi de acţiunea terapeutică a lor.

În majoritatea cazurilor cantitatea de principii active nu este aceeaşi în toate organele unei plante, în unele organe acumulîndu-se în concentraţie mai mare, iar în altele, mai mică. De aceea trebuie să se cunoască foarte bine organele cele mai bogate în principii active, pentru a obţine un produs vegetal cu eficienţă terapeutică sigură şi constantă.

De asemenea, trebuie să se ţină seama de faptul că organul de plantă cu conţinutul cel mai ridicat în principii active nu conţine aceeaşi concentraţie din ele în tot timpul anului, ci aceasta variază de la sezon la sezon, avînd concentraţia maximă într-o anumită perioadă a anului. În această perioadă trebuie făcută recoltarea acestui organ vegetal, pentru a avea siguranţa obţinerii unui produs vegetal cu un conţinut maxim de principii active.

Uscarea se face diferenţiat şi cu deosebită atenţie, deoarece organele vegetale conţin o cantitate importantă de apă, care variază de la organ la organ şi care poate declanşa unele procese enzimatice, ducînd la alterarea principiilor active. Operaţia de uscare se realizează fie pe *cale naturală* (prin expunere la soare sau la umbră, în

locuri curate şi bine ventilate), fie pe *cale artificială* (cu uscătoare electrice). Indiferent de modul de uscare utilizat, această operaţie trebuie efectuată *imediat după recoltare*. Un produs vegetal este de bună calitate atunci cînd după uscare îşi păstrează culoarea şi mirosul natural.

Se recomandă ca fiecare plantă medicinală să fie uscată separat. Cu atît mai mult se insistă asupra acestei indicaţii, în ceea ce priveşte plantele care conţin uleiuri volatile (cu miros foarte puternic) sau cele care conţin substanţe toxice.

Părţile subterane se usucă numai după ce pămîntul a fost complet îndepărtat de pe ele.

Uneori uscarea trebuie făcută într-un timp cît mai scurt posibil, pentru a reduce la minimum acţiunea agenţilor de fermentaţie, care ar duce la inactivarea pricipiilor active ale plantei.

După uscare, plantele medicinale şi organele de plantă trebuie păstrate în pungi de hîrtie duble, pergaminate, sau în cutii de lemn sau de carton.

Plantele medicinale pot fi folosite singure sau asociate cu alte plante, putînd fi administrate „intern" (infuzia, decoctul, maceratul, vinurile medicinale, pulberi etc.), cît şi „extern" (oţeturile medicinale, cataplasmele, băile medicinale, inhalaţiile).

Soluţiile extractive apoase au o durată de valabilitate foarte limitată, de aceea este indicat să fie folosite imediat după preparare. Soluţiile extractive alcoolice

sînt mult mai stabile, putînd fi păstrate 1—2 ani, iar extractele uscate, fiind foarte stabile, pot fi păstrate mai mulți ani.

Indiferent de forma de administrare și de modul de folosire este necesar să se respecte cu strictețe cantitățile de produs vegetal, cît și de solvent.

O atenție deosebită trebuie acordată conservării produselor vegetale, deoarece acestea, ținute în condiții nefavorabile, pot suferi modificări care determină scăderea concentrațiilor principiilor active, deci a acțiunii terapeutice.

Utilizarea plantelor în scop terapeutic trebuie făcută cu deosebită atenție și mai ales numai după precizarea diagnosticului de către medic, deoarece folosirea nerațională a plantelor medicinale, în afară de faptul că nu conduce la rezultatul dorit, dar poate agrava boala respectivă. Plantele medicinale acționează în timp, de aceea tratamentul trebuie făcut cu regularitate, acest tratament fiind un adjuvant al terapeuticii care folosește principiile active pure, singure sau asociate între ele sau cu alte medicamente, aplicate după specificul bolii și ținînd seama și de organismul bolnavului.

Trebuie acordată o atenție deosebită în privința folosirii drogurilor care conțin principii foarte active sau drogurilor care conțin substanțe toxice. Acestea trebuie să fie folosite numai la indicația și sub supravegherea medicului, deoarece pot conduce la accidente grave, uneori fatale (ex. *degețelul, omagul, mătrăguna, macul, măselariță, laurul, lăcrămioara* etc.). *Acestea nu pot fi utilizate decît sub forma unor produse farmaceutice precis dozate.*

Ținînd seama de importanța pe care o prezintă plantele verzi pentru noi toți, că viața pe planeta noastră depinde de activitatea continuă a acestei „uzine vii", a „uriașului laborator verde" care menține un echilibru în natură, asigurînd dezvoltarea tuturor proceselor vieții pe pămînt, trebuie să le ocrotim, deoarece dispariția lor duce la dispariția vieții pe planeta noastră.

Încă din Evul Mediu se punea problema ocrotirii naturii, această problemă accentuîndu-se însă începînd cu secolul al XIX-lea, datorită dezvoltării economiei, care era însoțită de exploatarea, fără discernămînt, a naturii.

Studiile ulterioare au arătat rolul conexiunilor din natură, evidențiind importanța deosebită a conservării speciilor, ele avînd un rol foarte important în viața oamenilor.

Lipsa de cultură, nepriceperea, nepăsarea au dus la distrugerea și dispariția multor specii de plante deosebit de valoroase.

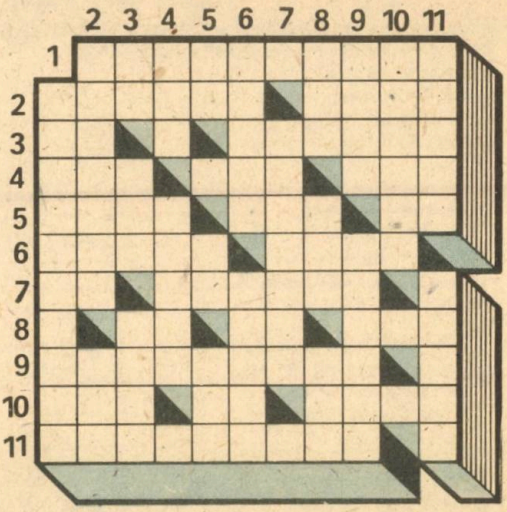
Omul trebuie să întreprindă continuu acțiuni de ocrotire și refacere a naturii atît de minunate, această sursă inepuizabilă de materii prime, care se poate regenera de la an la an. Privind cu dragoste în jurul nostru, este necesar să observăm că acolo unde plantele se răresc sau sînt pe cale de dispariție, datorită unor recoltări masive și repetate, trebuie să încercăm să le ocrotim prin diferite mijloace pe cele care au rămas, dovedind astfel că iubim natura

atît de bogată. Să observăm locurile unde plantele s-au rărit, să colectăm numai părțile aeriene, protejînd organele subterane, să semănăm plante medicinale în locurile rămase necultivate.

Omul, ființă superioară și rațională, iubitor al frumosului, trebuie să dea dovadă de talent și pricepere și, printr-un efort de voință, să lupte continuu pentru protejarea naturii, de a cărei existență depinde existența vieții pe Pămînt, știut fiind că acolo unde nu există plante nu există viață. Deci să protejăm această bogăție naturală de toate pericolele care ar putea-o distruge, să o conservăm cît mai bine, pentru folosul întregii omeniri.

Dr. farm. ELENA HAȚIEGANU-BURUIANĂ
I.M.F., FACULTATEA DE FARMACIE, BUCUREȘTI

FEBRA



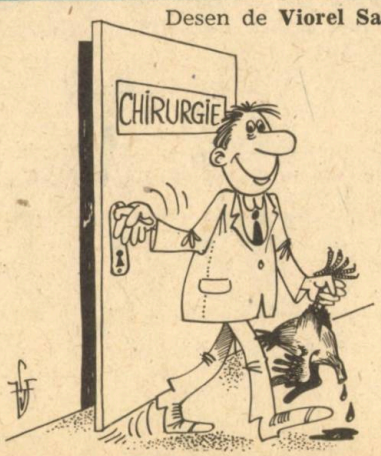
ORIZONTAL : 1. Scriitor francez (1858—1928), autorul povestirii „O durere de gît“, în care cavaleristul Lapérine, sănătos tun, se internează pentru a scăpa de serviciul militar, fiind dus, din greşeală, în sala contagioşilor, unde contractează febră tifoidă şi moare în trei zile (Georges). 2. Protagonistul romanului „Fiul secetei“, de Ion Lăncrănjan, care îşi aminteşte că în copilărie „făceam febră din cauza foamei“ (Pozdare) — Pictor român (1881—1958), realizatorul portretului intitulat „La spital, cu febră“ (Iosif). 3. Iluminat la faţă ! — Tînărul din romanul „Biblioteca din Alexandria“, de Petre Sălcudeanu, pe care, în urma aplicării pneumotoraxului, febra îl aruncă, cîteva zile, în abisul unui somn agitat, între viaţă şi moarte (Pintică). 4. Pseudonim al lui N. D. Cocea — Poet clujean, autorul poeziei „Febre“ (vol. „Pe înaltele reliefuri“ ; Aurel) — Puţin ameţit ! 5. Rîu în Olanda — Comandament (abr.) — Solo la trompetă. 6. „...şi alte poeme“, volumul în care a apărut, în traducere românească, poezia „Febra 42°“, de Silvia Plath — Insulă în Oceanul Pacific. 7. La tineri şi la adulţi ! — „O oră de...“, ciclu romanesc de Marcel Constantin Runcanu, din care face parte volumul „Febră vesperală“. 8. E scos la aer ! — La revedere ! — Nicolae (dim.). 9. Febră..., boală infecţioasă caracterizată prin alternarea stărilor febrile cu stări nefebrile. 10. Serveşte la intrare şi ieşire — Date în pîrg ! — Tînără din povestirea „Stare febrilă“, de Asztalos István. 11 Autorul (1917—1983) piesei „Febre“ (Horia).

VERTICAL : 1. „...de indulgenţe“, volum de versuri în care Daniela Crăsnaru a inclus şi poezia „Temperatură şi puls“. 2. Febră — Insulă în Marea Mediterană. 3. „...de corăbii“, volum de versuri de Anghel Dumbrăveanu, în care întîlnim şi poezia „Febre şi spaţii“ (sing.) — Se bate-n lemn — Gen de moluşte gasteropode. 4. Nu ţin minte — Medicul din nuvela „Cu febră“, de Mihail Şerban (Liviu). 5. Recul ! — Bile ! — Fluviu european. 6. Teacă de sabie — Creaţii artistice. 7. Prozator român, autorul romanului „O lume întreagă“, în care, chinuit de febră, pe un pat de spital, tînărul erou al naraţiunii trece prin lumi şi epoci dispărute, parcurgînd etape istorice mai vechi şi mai noi, într-o stare de halucinaţie (Radu). 8. Ciocîrlie, în folclorul nostru — Lună de primăvară — Autorul povestirii „Febre de primăvară“ (Nicolae). 9. Personaj legendar — Eroul povestirii „Febre de primăvară“, de Nicolae Ţic (Ion). 10. Autorul romanului „Febră de origine necunoscută“ (Leonida). 11. Localitate în judeţul Sibiu — Compozitor austriac de origine ungară (1870—1948), unul dintre cei mai de seamă creatori în domeniul operetei, care a scris şi poemul simfonic „Febră“ (Franz).

Dicţionar : AME, ZUUN, CDM, OASU, ESO, ACAV, TESAC, ISFA, ERNEA.

ADAM STOICA

Desen de **Viorel Sandu**



Fără cuvinte.

Desen de **Romulus Popescu**

Polisportivul

Colegul Gigel,
În fiece luni,
Dimineața face
Genuflexiuni.

Cu sacii de box
Se-antrenează marți
Și nu-i lasă-n pace
Pîn' nu-i vede sparți.

Miercuri sare coarda,
L-am văzut chiar eu,
Iar joi face cros,
În șort și-n maieu.

Vineri joacă tenis
Două ore-ntregi,
Sîmbătă la fotbal
E prezent la meci.

Duminică-n sală
La scrimă-i activ.
Colegul Gigel
E polisportiv.

NICULAE TACHE

Păcăuri

pentru buna dispoziție

Lui Smith i-a murit unchiul, care era tare bogat

— Vă rog să-mi spuneți, doctore, a fost întreg la minte, pînă în ultimul moment al vieții sale ? — întreabă Smith, pe medicul personal.

— De unde să știu eu, fiule ! ? Testamentul încă nu s-a dat publicității !

Un pasager se adresează, revoltat, funcționarului de serviciu al unei gări :

— Nu înțeleg deloc, de ce aici atîrnă panoul cu mersul trenurilor, dacă ele tot întîrzie ?

— Dar cum ați fi aflat că trenul dumneavoastră întîrzie, dacă acest panou cu mersul trenurilor nu ar fi fost aici ? — îi răspunse liniștit impiegatul de serviciu.

Pe Cristofor îl doare spatele

— Nu pot să-mi dau seama ce a provocat această suferință ! — s-a pronunțat medicul după consult. — Nu-i exclus ca boala să fie ereditară, adică din moștenire...

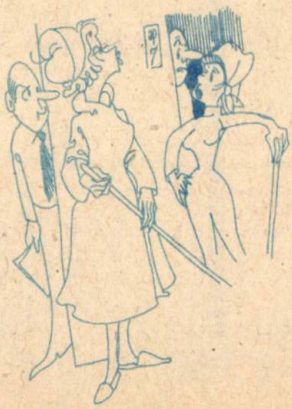
— Da, da, doctore, aveți dreptate ! Spatele a început să mă doară după ce am alunecat de pe scara de frînghie lăsată moștenire de bunicul meu !

Între vecini

— Cît îi ziua de mare, — se vaită unul din ei celuilalt, — nevastă-mea se plînge de neurastenie, nevralgie, nevrită, nevroză, nevocarcinom, neoplasm, neuronofagie, neurofibromatoză și ne... n...

— Dar cum vă explicați această gamă de maladii ?

— Foarte simplu ! Ieri, cînd a fost în piață, negustorul i-a ambalat o bucată de slănină într-o coală de hîrtie tipărită, pe care figura litera *N* din Enciclopedia Medicală.



Proiectul fără „colțuri"

Cînd renumitul arhitect francez Le Corbusier a proiectat blocul turn, cu camere rotunde, a fost întrebat ce l-a determinat ca să ia o asemenea hotărîre arhitecturală :

— În copilărie mă puneau mereu „în colț", — a mărturisit arhitectul.

La concert

Înainte de începerea concertului, se apropie de renumitul pianist un amator de muzică, care n-a putut să-și procure bilet de intrare :

— Mie îmi place tare mult interpretarea Dumneavoastră, maestre, — îi șoptește el,

curtenitor. — Nu s-ar putea, oare, ca Dumneavoastră să mă introduceți la concert ?

— La dispoziția mea este numai un singur loc !

— Vă mulțumesc din toată inima, maestre ! Și unde este acest loc ?

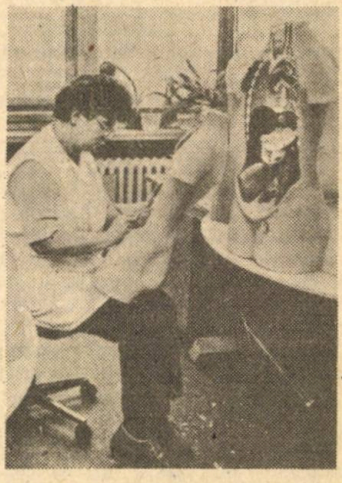
— La pian !...

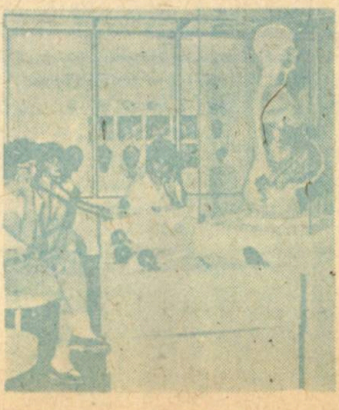
Traduse din limba rusă și selecționate de : ALEXEI NICOLESCU

MUZEUL DE IGIENĂ DIN DRESDA

La 6 mai 1911 s-a deschis la Dresda „Expoziția internațională de igienă" — prima recunoaștere oficială a medicinii moderne privind necesitatea educării sanitare a maselor largi.

În hala denumită sugestiv „OMUL", s-au prezentat, pentru prima oară pe înțelesul laicilor, elemente de anatomie și fiziologie umană, numărul uriaș de vizitatori care s-au perindat timp de cinci luni prin fața exponatelor — circa 5,5 milioane — dovedind că organizatorii și-au atins pe deplin scopul.





După închiderea expoziției, s-a pus în mod firesc problema păstrării exponatelor într-un sediu comun și astfel, prin grija industriașului Karl August Lingner, s-a pus în 1911 temelia pentru amenajarea Muzeului național de igienă din Dresda.

În 1912 au luat ființă primele mici ateliere ale muzeului și o sală de expunere. Dar Lingner nu s-a mulțumit cu această formulă de provizorat. Din fondurile strînse în timpul expoziției internaționale, care se ridicau la circa un milion de mărci-aur, Lingner a propus ridicarea unei clădiri muzeistice speciale, dar primul război mondial i-a zădărnicit planurile.

Abia în anii '20 s-a îmbunătățit situația financiară a muzeului, ce a primit în mod oficial numele de „Deutsches Hygiene Museum" („Muzeul german de igienă") și s-a putut trece la împlinirea visului lui Lingner, acela de a se ridica noua clădire a muzeului.

Municipalitatea orașului Dresda a donat terenul, profesorul-arhitect Wilhelm Kreis a fost însărcinat cu planurile clădirii și astfel, după doi ani și jumătate, construcția a fost predată, la 16 mai 1930, „Muzeului german de igienă".

A doua zi după ceremonia de inaugurare s-a deschis cea de-a doua Expoziție internațională de igienă, al cărei punct de atracție a fost pavilionul sovietic, unde s-a prezentat — pentru prima oară — interdependența dintre sănătatea publică și organizarea socială.

În perioada dominării regimului fascist, destinația muzeului a fost denaturată, fiind folosit în alte scopuri, fapt ce a determinat trupele anglo-americane să distrugă clădirea muzeului în proporție de circa 80%, doar cu puțin înainte de terminarea celui de-al doilea război mondial.

Reconstrucția Dresdei a fost dedsebit de anevoioasă. „Orașul în flăcări" și-a început noua viață cu numai 14 lucrători. Se înțelege că prioritățile erau altele decît „Muzeul de igienă". Totuși, acest unicat muzeistic german s-a impus de la sine, devenind în curînd Institutul central de educație sanitară a populației, precum și atelierul principal de producție a materialelor biologico-anatomice pentru studiul școlar, universitar și pentru scopuri expoziționale.

Mulajele anatomice și patologice din ghips sau ceară, ce se află în principalele universități și școli din peste 70 de țări ale lumii, au, în parte, proveniența din atelierele Muzeului din Dresda.

Ca publicitate, locul I la Expoziția internațională din mai 1930 l-a ocupat „Omul transparent" sau „Omul de sticlă", cum este cunoscut îndeobște.

De fapt, corpul bărbatului îmbrăcat în rășină transparentă, ale cărui organe sau părți componente se luminează din interior, sincron cu expunerea pe bandă de magnetofon ce poate fi audiată azi în peste 21 de limbi ale globului, dînd posibilitate tuturor de a-și cunoaște cu adevărat tainele trupului, nu a rămas un unicat. Atelierele muzeului au „fabricat" încă patru bărbați și o femeie „de sticlă", pînă la terminarea celui de-al doilea război mondial, modele care au găsit o înaltă apreciere în întreaga lume.

Astăzi, Muzeul din Dresda adăpostește „Omul de sticlă", „Femeia de sticlă", precum și două animale „de sticlă" — „vaca și calul de sticlă" —, exponate greu de realizat, care sînt împrumutate adesea, pentru studiu, și în alte țări.

„Femeia de sticlă", aflată în expunere permanentă, atrage anual milioane de vizitatori. Avînd scheletul din aluminiu și organele dintr-o masă plastică transparentă, ce se luminează pe rînd, sincron cu expunerea pe banda de magnetofon, „Femeia de sticlă" are corpul brăzdat de o rețea de 12 km de fire subțiri de 0,2 mm, prin care sînt ilustrate sugestiv principalele vase sanguine și sistemul nervos. Exponatul se lasă privit în timpul expunerii din toate părțile, rotindu-se ușor pe piedestalul pe care este așezat, întărindu-ți convingerea că nimic nu-ți este tăinuit, dacă dorești într-adevăr să cercetezi tainele acestui necunoscut — OMUL!

Anual, Muzeul german al igienei organizează expoziții și prelegeri pe diverse teme de educație sanitară a populației, inițiind nu numai adulții, ci și tinerii și chiar copiii, în tainele istoriei medicinii, alimentației raționale, problemelor de sexologie, de psihologie terapeutică, anatomie și fiziologie umană, comparativ cu patologiile respectivelor organe sau părți ale corpului. Educația sanitară începe de la frageda vîrstă de 4—5 ani. Pentru micii vizitatori este amenajată o sală specială, cu „jucării anatomice", de pildă, cuburi înfățișînd corpul uman în diferite ipostaze : îmbrăcat, schelet, sistemul muscular și alte sisteme, pe care copilul trebuie să le rotească în poziția cuvenită pentru a realiza un corp uman unitar. Copilul este familiarizat, prin panouri sugestive, cu medicul stomatolog, avînd prilejul să cunoască „în vivo" scaunul stomatologic și instrumentarul folosit, dîndu-i-se totodată sfaturile de bază pentru îngrijirea corectă a danturii, prin intermediul unor versuri ușor de reținut și ilustrate plastic.

Regulile de circulație și cunoașterea acestora de la vîrstele cele mai tinere au o importanță esențială în păstrarea unei sănătăți perfecte ; de aceea, panourile cu mașinuțe ce pot fi manevrate de copii pentru realizarea diferitelor situații de circulație rutieră și pietonală îi ajută pe cei mici să-și însușească cunoștințele necesare în materie și totodată îi feresc de perico-

lul ce-l pîndește pe omul modern la tot pasul : accidentul de circulație.

Colțul amenajat pentru copiii handicapați fizic — temporar sau definitiv —, precum și pentru handicapații de orice fel, constituie un sprijin pentru părinți și îngrijitori, învățîndu-i și pe terți să înțeleagă mai bine problemele legate de această categorie socială, fiind totodată un avertisment pentru cei sănătoși, de a se feri și a prețui sănătatea.

O deosebită atenție se acordă educării tinerei generații, care beneficiază de o lecție completă de anatomie și sexologie, netăinuindu-li-se nimic din ceea ce i-ar putea interesa.

Partea de patologie este ilustrată prin bolile venerice și sfaturi pentru depistarea și tratamentul corect al acestora, cu consecințele lor nefaste asupra societății.

Sfaturile psihologilor pentru evitarea sau soluționarea „crizelor conjugale", ce se pot asculta la microfoane, au găsit un ecou deosebit în rîndul vizitatorilor de orice vîrstă — semn că în sectorul delicat al structurii sufletești a omului mai există probleme nesoluționate... Dar cetățeanul modern trebuie să cunoască totul — inclusiv legislația sanitară, expusă pe panouri mari, sub formă de întrebări și răspunsuri.

Propaganda antifumat, efectele nocive ale tutunului asupra fumătorilor și mai ales asupra celor ce sînt obligați să inhaleze fumul de țigară, precum și antialcoolismul sînt alături de alimentația corectă și rațională, teme de educație sanitară de bază. În pregătire se află expoziția privind SIDA și lupta pentru prevenirea îmbolnăvirilor cu această nouă „boală a secolului".

Verificarea cunoștințelor de anatomie, fiziologie și patologie umană o poate face orice vizitator în fața planșelor cu mulaje, însoțite de chestionare și beculețe luminoase, unde fiecare poate afla răspunsul medical corect, în orice domeniu.

Astăzi preocuparea principală a „Muzeului german de igienă" este îndreptată spre omul sănătos, spre profilaxia diverselor boli, prevenire ce se poate realiza numai prin cunoașterea exactă a ceea ce e bine sau rău, a ceea ce este sănătos sau bolnav. Astfel, sănătatea se poate menține, se poate potența — întru realizarea acelui deziderat de milenii : „Mens sana in corpore sano", *pentru creșterea unui tineret viguros și sănătos, conștient de importanța educației sanitare și menținerea celui mai de preț dintre bunurile omului : SĂNĂTATEA.*

MIORIȚA CÂMPEAN

PLĂCERILE DRUMEȚIEI ȘI SĂNĂTATEA

Să începem prin a reaminti fața relativ nouă a solicitărilor impuse de stilul modern de viață și activitate. Una dintre principalele forme ale acestor solicitări derivă din deplasarea, din ce în ce mai pronunțată, a efortului de la fizic spre intelectual, ceea ce induce și deplasarea oboselii firești de după lucru, la fel, de la cea fizică, spre cea intelectuală. Într-o altă categorie de solicitări s-ar plasa necesitatea adaptării organismului la condițiile unui mediu artificializat în măsură crescîndă, prin decorul de beton, sticlă și asfalt, prin intensificarea circulației stradale, prin zgomotul caracteristic orașelor în continuă dezvoltare. De aici și imperativul fructificării oricărei ocazii de a realiza, prin intermediul drumeției, contactul cu natura.

Natura, bunul nostru doctor

Cine nu cunoaște imensul potențial al naturii de a tămădui, de a alina suferințele oamenilor ? În ajutorul celor suferinzi, natura vine cu factorii săi terapeutici, larg utilizați în stațiunile balneoclimaterice. Dar se cuvine menționată orientarea modernă a acelei recomandări despre care auzim tot mai des și care se referă la folosirea factorilor naturali nu numai în scop curativ, cum se știe dintotdeauna, ci și în scop profilactic, pentru stimularea funcțiilor de adaptare. Este o recomandare în deplin acord cu spiritul cel mai autentic al medicinii omului sănătos.

Acțiunea tonifiantă a contactului cu natura se exercită în mare măsură prin influența

asupra organelor de simţ, avînd în vedere că solicitările specifice stilului modern de viaţă şi activitate se adresează şi acestora.

● Văzul beneficiază în primul rînd de recepţionarea celor două culori cu recunoscut efect odihnitor, care sînt albastrul cerului şi verdele vegetal abundent, cu infinita lui diversitate de nuanţe. La această cromoterapie oferită de natură se adaugă, firește, frumusețea peisajului, cu formele sale de relief, eventual cu luciul unei ape sau, pe litoral, dominat de măreţia întinsului infinit al mării,

● Auzul are de recepţionat freamătul aproape imperceptibil al ierbii, foşnetul frunzişului, cîntecul fermecător al păsărilor, susurul unui pîriiaş de munte sau, la mare, zgomotul cadenţat al valurilor.

● Mirosul vine, la rîndul lui, să recepţioneze aromele spaţiilor înverzite şi înflorite sau, iarăşi după împrejurări, briza sărată a mării.

● Receptorii nervoşi din piele sînt şi ei primii asupra cărora se exercită influenţa aerului răcoros, a razelor soarelui şi eventual a apei în care a fost făcută o baie, ceea ce se reflectă, cu avantajele ştiute, în favoarea stării de călire a organismului.

● La mecanismele fiziologice amintite se adaugă influenţa, defel neglijabilă, pe care o exercită asupra psihicului bucuria şi deconectarea oferite de plăcerile ocazionate de contactul cu natura.

Binefacerile mersului pe jos

Luată în înţelesul ei veritabil, este evident că drumeţia se face pe propriile picioare. Oare de ce recomandă astăzi toţi medicii din lume, cu atîta insistenţă, mersul pe jos ?

● Înainte de toate, pentru că a merge pe jos satisface o necesitate elementară a organismului. Să-i privim o clipă pe strămoşii noştri îndepărtaţi, aşa cum arată ei pe cunoscutele planşe pe tema originii şi evoluţiei omului. Invariabil, cu toţii au o conformaţie atletică, ne apar înzestraţi cu o musculatură bine dezvoltată. Aceiaşi muşchi, anatomiceşte vorbind, îi avem şi noi, cei de astăzi. Însă, spre deosebire de strămoşii noştri îndepărtaţi — şi mergînd chiar pînă la înaintaşii noştri din vremuri mult mai apropiate —, noi nu ne punem muşchii nici pe departe la acelaşi grad de efort. Or, noi nu sîntem adaptaţi la acest minus de solicitare a muşchilor. De aici nevoia de efort fizic, nevoie pe care omul contemporan caută să şi-o satisfacă prin felurite forme de exerciţiu, plasate în afara procesului muncii. Iar ca formă de exerciţiu pare greu de găsit alta mai simplă şi mai accesibilă decît *mersul pe jos.*

● Mersul pe jos are şi meritul de a face ca întregul aparat locomotor să fie puternic, suplu şi sănătos. Între altele, mersul pe jos contribuie la prevenirea reumatismelor degenerative, printr-o triplă acţiune conjugată : favorizează nutriţia cartilajelor articulare, întreţine elasticitatea ţesuturilor din jurul articulaţiilor şi ajută ca lichidul sinovial să ungă bine suprafeţele articulare, făcîndu-le să lunece mai uşor una peste alta. Se spune — şi bineînţeles aşa este — că pentru a merge pe jos este nevoie de picioare bune. Da, dar la fel de valabilă este şi reciproca : pentru ca picioarele să fie bune, solide şi rezistente, ele trebuie puse să umble.

● La fel ca oricare exerciţiu fizic, mersul pe jos obligă la o respiraţie mai profundă şi mai deasă, la ventilarea mai intensă a plămînilor, la aprovizionarea cu o cantitate sporită de oxigen, nu numai a muşchilor, ci şi a întregului corp, inclusiv a creierului. Plusul de oxigenare va fi cu deosebire util acelora care au o activitate statică, în poziţii fixe, şi cărora de multe ori li se întîmplă să nu respire destul de bine.

● Tot ca exerciţiu, mersul pe jos face ca inima să funcţioneze cu debit crescut şi mio-

cardul să fie mai bine irigat cu sînge. Ca efect al circulației stimulate, coronarele devin și ele mai permeabile. Același exercițiu ajută să se formeze o mai bună stare de antrenament a inimii, care bate mai rar, mai economic, ritmul bătăilor revenind mai repede la normal după diversele solicitări. Nu poate fi omis aportul mersului pe jos la echilibrarea metabolismului, ceea ce se exprimă în menținerea la valori normale a colesterolului și a celorlalte grăsimi circulante. De notat că o inimă cu o bună stare de antrenament, cu coronare permeabile, plus o colesterolemie în limite normale, se constituie ca o pavăză contra riscului de cardiopatie ischemică.

● Se știe că bolile cronice și degenerative mai sînt uneori denumite ca fiind și „de uzură". Dar între înțelesul din mecanică al termenului de uzură și procesele degenerative este departe de a exista o similitudine. De exemplu, procesele degenerative din ateroscleroză au la bază alterări metabolice care încep, de multe ori, din tinerețe, cînd în nici un fel nu s-ar pune problema uzurii rezultate din înaintarea în vîrstă. Înlocuirea sedentarismului prin practicarea sistematică a mișcării reprezintă, tocmai de aceea, o cale admirabilă de eliminare a unuia dintre factorii de risc, avîndu-și ponderea lui recunoscută în mai toate bolile degenerative. Spre deosebire de motorul electric, motorul cu explozie sau orice altă mașinărie, *mașina vie nu se uzează mergînd, ci se uzează stînd.* Funcționînd mașina vie se autoîntreține, se autoreglează și chiar se autorepară, după cum o demonstrează utilizarea mișcării, științific dirijată, în multiple scopuri terapeutice. Deci, pentru a ne aduce corpul și a ni-l menține la acea stare optimală desemnată în limbajul automobilistic prin expresia „zero kilometri", formula ar fi tocmai să-l punem să meargă cît mai mulți kilometri. Să meargă, evident, pe jos !

Pentru ca plăcerea drumeției să fie întreagă

Plăcerea drumeției este prin ea însăși, cum am încercat să demonstrăm, un izvor de sănătate. Și, bineînțeles, căutarea acestei plăceri constituie de fapt principalul mobil al acelora care se decid să pornească la drum. Totul este să se reușească a face ca drumeția inițiată să fie realmente plăcută, de la începutul la terminarea ei. Pentru ca plăcerea să se strice nu trebuie neapărat să intervină incidente grave. Sînt suficiente și mici imperfecțiuni de amănunt.

● Prima sursă de eventuale neplăceri își are locul în conceperea drumeției, cînd, să zicem, un splendid circuit prin Făgăraș sau Retezat apare în discordanță cu capacitatea fie și a unui singur participant din grup, de a face față dificultăților traseului. Capacitatea aceasta depinde în mod hotărîtor de starea de antrenament, care se cere evaluată cît mai realist, raportînd-o la viața precumpănitor sedentară din majoritatea zilelor anului. Mai sînt de luat în considerație, în același spirit realist, vîrsta, greutatea corpului, cifra tensiunii arteriale și, în ansamblu, starea sănătății, înțelegînd că o maladie cronică, deși bine compensată și aflată într-o fază de liniște deplină, pune totuși niște limite, chiar dacă nu se contraindică în mod absolut plecarea într-o drumeție.

● O altă sursă de neplăceri ar consta în noaptea dormită „prea scurt" înainte de a porni la drum. Cel care, în ajunul plecării, din cauza pregătirilor sau din cine știe ce alte motive și-a amînat prea mult ora de culcare, este primul expus ca din pricina inerentei oboseli drumeția să nu-i mai facă destulă plăcere, în special pe ultima ei parte.

● Ratarea încălzirii reprezintă imperfecțiunea de evitat pentru momentul începutului de drum. Încălzire, la drum, înseamnă a merge în primele minute mai măsurat, fără grabă, pînă se realizează acomodarea cu efortul și intrarea în ritmul corespunzător.

● Odată realizată intrarea în ritm, urmează adoptarea unei bune tehnici a mersului, inclusiv scurtarea pasului, corespunzător cu înclinația cărării de munte.

● Senzația că inima bate în piept tare și foarte repede, adică apariția palpitațiilor, avertizează că ritmul adoptat la urcuș nu este cel bun. Deci trebuie făcută imediat o oprire și numai la perfecta reintoarcere a pulsului la normal se poate relua mersul. La nevoie, dat fiind că ceea ce primează este menajarea aparatului cardiovascular, de văzut dacă n-ar fi de reconsiderat traseul stabilit inițial.

● În mersul la deal se cer ocolite scurtăturile care de fapt nu scurtează nimic, fiindcă diferența de nivel este cea care contează. Scurtăturile pretind un efort mult mai mare, scot din ritm și expun la ivirea oboselii înainte de vreme.

● Alcoolul se împacă totdeauna rău cu drumeția. În cantități chiar mici și după ce a trecut repede aparenta înviorare, alcoolul sustrage din forțele drumețului, grăbește apariția oboselii. *Cine încearcă să gonească obo-*

seala cu o gură de coniac nu face decît să pună paie peste foc.

● Chiar dacă excursia este relativ nepretenţioasă şi admite un echipament mai „de oraş", rămîn de satisfăcut cel puţin două condiţii. Una este ca mîinile să fie absolut libere. Pentru obiectele luate la drum este nevoie măcar de o geantă de umăr, cel mai bun fiind, firește, sacul de spinare. A doua condiţie, esenţială pentru orice drumeţ, o constituie garantarea protecţiei şi a confortului picioarelor. Sandalele de vară pot fi potrivite pentru o plimbare prin oraş sau prin parc, însă cînd ajung să-şi întipărească modelul pe piciorul chinuit al drumeţului neprevăzător, se vede cu ochii cît valorează ele la un drum mai lung. Un alt reproş este de adus pantofilor de damă cu toc înalt, ca şi acelora care lasă dezgolit călcîiul. Să nu se uite, de asemenea, că, la drum, încălţămintea nouă şi nerodată expune la surprize dintre cele mai dezagreabile.

● Unii drumeţi îşi vor spune, poate, că n-au nevoie de atîtea precauţii, deoarece vor merge pînă sus la fel cum ar lua tramvaiul, adică pe cablu. Totuşi, există telecabine care duc la două mii de metri sau mai sus, făcînd ca doar în cîteva minute organismul drumeţului să se vadă confruntat cu condiţiile noi ale climatului alpin. Acest climat, puternic solicitant, poate să dea cel puţin neplăceri cuiva cu tensiunea arterială ridicată, cu o cardiopatie ischemică, cu vreo altă suferinţă a inimii – altfel bine compensată –, ori cu o afecţiune cronică însoţită de un grad de insuficienţă respiratorie. Pentru cei care s-ar găsi în astfel de eventualităţi, ca şi în general pentru persoanele mai în vîrstă şi dezobişnuite cu muntele, apare deci necesar ca plăcerea ascensiunii pe cablu să aibă încuviinţarea prealabilă a medicului.

Cei care au urcat cu telecabina şi intenţionează să coboare pe jos să nu omită că, dacă le lipseşte antrenamentul, supraapăsările în lanţ date de greutatea corpului ar putea să le provoace dureri insuportabile în genunchi şi în glezne. Cel mai prudent şi mai sigur, dacă urcuşul s-a făcut pe cablu, apare deci ca şi coborîrea să se facă tot pe cablu.

Drumeţii-fumători şi fumătorii-drumeţi

Prin drumeţii-fumători s-ar înţelege amatorii versaţi de drumeţie, cărora li se întîmplă să şi fumeze, ca un obicei format în adolescenţă şi de care ei n-au izbutit să se descotorosească. Dar mai degrabă pare observabil că drumeţii adevăraţi, care îşi preţuiesc vigoarea şi sănătatea, sînt mai rar drumeţi-fumători.

În categoria fumătorilor-drumeţi s-ar cuprinde, dimpotrivă, cei care ca fumători sînt permanenţi, iar ca drumeţi, doar ocazionali. În special acestora din urmă le sînt dedicate cele ce urmează.

Mersul la deal, pretinzînd un efort muscular considerabil, pune organismul în faţa unei nevoi mult crescute de oxigen. Prin plămîni, în loc de 5–6 litri de aer, ca în mod obişnuit, trebuie să treacă 20–30 de litri. La rîndul ei inima, de la 5–6 litri de sînge pe minut, are de pompat 30–35 de litri, în acelaşi minut. Prin arterele coronare, cele care aprovizionează muşchiul inimii, nu mai este suficient să treacă un sfert de litru de sînge pe minut, ci trebuie doi litri.

Pe munte, mai apare de notat că în condiţiile de presiune atmosferică scăzută în raport cu altitudinea, corpul omului primeşte la o inspiraţie mai puţin oxigen, comparativ cu ceea ce primea jos, la cîmpie. Deci din nou apare necesară reacţia de adaptare, constînd în intensificarea ventilaţiei pulmonare şi a circulaţiei sîngelui.

Dar fumătorul-drumeţ, cu fiecare fum, inhalează şi o cantitate de oxid de carbon, care merge să se fixeze pe o parte din hemoglobină, sustrăgînd-o de la importanta funcţie de a duce muşchilor oxigenul de care ei au atîta nevoie. Aşadar, este normal ca fumatul, la drum de munte, să oblige întregul sistem cardiorespirator la eforturi de adaptare în plus şi, ca atare, să grăbească apariţia palpitaţiilor şi a gîfîielii.

Din toate cele arătate se vede cum ţigara îl handicapează serios pe drumeţ, riscînd să-i strice toată plăcerea unei drumeţii la munte. Pentru el, efectele în favoarea sănătăţii ale excelentei forme de exerciţiu fizic pot să fie nu numai anulate, ci chiar preschimbate în ceva de sens contrar.

Pentru drumeţii ocazionali, fumatul, conjugat cu lipsa de antrenament, poate să genereze încă o neplăcere – *febra musculară*. Explicaţia rezidă în influenţarea proceselor biochimice din muşchi, datorită minusului de oxigen din aerul înălţimilor, precum şi în circumstanţa agravantă creată de oxidul de carbon din fumul de tutun.

Împotriva febrei musculare principalul procedeu este masajul, executat de altcineva din casă sau făcut de unul singur, adică automasajul. Masarea muşchilor se face de la periferie spre centru, urmînd calea de întoarcere a sîngelui şi de circulaţie a limfei. Se porneşte cu muşchii relaxaţi, începînd cu laba piciorului, şi trecînd apoi la gambă şi la coapsă. Cu amîndouă palmele şi cu degetele sînt cuprinşi pe rînd toţi muşchii, urmînd configuraţia lor anatomică. Pentru ca mîinile să alunece mai bine, se poate recurge la puţină pudră de talc sau la o cremă oarecare. La pornirea masării se apasă mai tare şi, pe măsură ce mîinile înaintează, strînsoarea slăbeşte, în aşa fel încît să se realizeze un fel de stoarcere a muşchilor. Durata masajului este

de 10–20 de minute. Ca adjuvant se pot folosi două prize de bicarbonat de sodiu, pe zi, la mesele principale.

Cu muntele iarna nu-i de glumit !

● La solicitările puternice ale climatului alpin se adaugă, iarna, temperaturile joase și vîntul puternic. Deci, dacă sus pe munte corectitudinea echipamentului este binevenită în toate anotimpurile, pe vreme de iarnă ea devine lege.

● În alegerea traseului, evaluarea posibilităților reale ale organismului pretinde atenția cea mai mare. Nimic nu are voie să scape acum : starea sănătății, vîrsta, gradul de antrenament, eventual handicapat de sedentarism și de obiceiul de a fuma. În unele cazuri, avizul medicului va reprezenta un gir în plus pentru succesul ieșirii la munte pe vreme de iarnă.

● Schiorul ajuns sus cu telecabina sau cu telescaunul va proceda, în avantajul său, negrăbindu-se să se lanseze numaidecît la vale. Dacă în prealabil va folosi o mică pantă la fața locului, va verifica în ce măsură mai stăpînește repertoriul său de ocoliri și frînări. Totodată își va încălzi mușchii. Schiurile vor asculta mai bine, coborîrea va fi mai plăcută și — mai ales — va fi mult mai sigură.

Minidrumeția în premieră

Valorificarea influențelor mersului pe jos se poate face, cu efecte de netăgăduit, prin forma mult mai simplu de realizat a plimbării.

De exemplu, cîțiva pași pe bulevard tot vor însemna ceva în comparație cu păstrarea unui imobilism total, deși — să recunoaștem — este totuși cam puțin. Mai nimerită apare alegerea parcului din apropiere, care va oferi posibilitatea respirării unui aer mai curat.

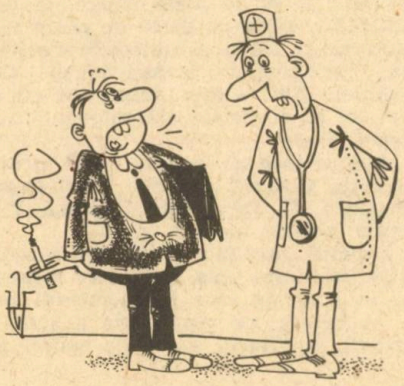
Însă cu un mic efort de imaginație, de inventivitate și de informare, oricine își poate elabora, bunăoară pentru sfîrșitul de săptămînă, o „minidrumeție în premieră", pornind către locuri relativ apropiate, dar încă niciodată văzute. Poate că aceste locuri vor suporta mai greu comparația cu obiectivele avînd o recunoscută forță de atracție turistică. Dar ele vor aduce totuși ceva important, prin aceea că vor înfățișa un decor nou. Eventual, cu un astfel de prilej, ochii se vor exersa să vadă un ornament de arhitectură veche, un detaliu de artă pe un edificiu oarecare. Sau, descoperind o pădurice încă neumblată de el, drumețul se va putea simți dornic să identifice copacii și, în general, vegetația, să culeagă cîteva floricele, să recunoască după glas păsările cîntătoare. Această bucurie de a deveni, într-un fel, explorator al unui spațiu nou, de a se mișca în alt cadru decît cel al vieții de fiecare zi, va servi oricui ca un prețios factor de relaxare și deconectare, ca un admirabil fortifiant pentru sfera neuropsihică. Iar această stimulare a spiritului se va asocia, în modul cel mai fericit, la efectele mersului pe jos.

Drumeția și stilul de viață

Este fapt constatat că mulți, prea mulți oameni se văd nevoiți să meargă la medic și la farmacie nu de altceva, ci pentru că îi determină la aceasta unele dintre înclinațiile și obiceiurile lor. Elemente ale conduitei, cum sînt fumatul, pierderea măsurii la paharele cu alcool, utilizarea abuzivă a medicamentelor și — nu pe ultimul loc — sedentarismul sînt catalogate ca factori de risc, cu care se confruntă sănătatea oamenilor societății moderne.

De aceea, medicina omului sănătos pune un accent cu totul deosebit pe stilul de viață, conceput ca o manieră de a trăi, conformă cu menținerea capacității organismului de a se adapta la influențele multiple și deseori intens solicitante ale unui mediu înconjurător în rapidă transformare. În această lumină se situează și integrarea drumeției, sub oricare dintre variatele ei forme, într-un stil de viață gîndit în așa fel încît totdeauna sănătatea să fie în avantaj.

Dr. Al. Gheorghiu



Desen de **Viorel Sandu**

— Doctore, e adevărat că fumatul influențează gîndirea ?

— Nu cred, deoarece cel ce gîndește cîtuși de puțin nu fumează ! ! !

UN GEST PENTRU **eternitate**

Colecția medicului numismat G. Severeanu

„Pasiunea de colecționar este foarte răspîndită printre oameni. Încă din fragedă vîrstă copilul simte nevoia de a strînge", scria George Severeanu, el însuși pasionat colecționar.

Medicul George Severeanu a avut o preocupare de o viață pentru medalii și monezi, pe care le-a colecționat cu o pricepere și un rafinament ieșite din comun. Ardoarea colecționarului era dublată de spiritul pătrunzător al omului de știință, de entuziasmul cercetătorului înnăscut.

George Severeanu (1879—1939) era fiul profesorului doctor Constantin Dimitrescu-Severeanu (1840—1930), chirurg reputat, președinte al Societății de Chirurgie, redactorul „Revistei de chirurgie", spirit înaintat, care a luptat pentru introducerea antisepsiei și a asepsiei, inovator de tehnici și instrumente medicale, promotor al radiologiei la noi în țară, receptiv și sprijinitor al noului, figură de seamă în evoluția medicinii românești.

La rîndu-i, fiul și-a urmat părintele, îmbrățișînd o altă specialitate medicală, radiologia, fiind primul titular al învățămîntului de radiologie din București (1913), ajungînd în ierarhia universitară profesor agregat.

Tînărul studios a manifestat încă din studenție o deosebită atracție către cercetare, astfel că în 1899, în „Buletinul Societății Studenților în Medicină", tomul al doilea, găsim inserată comunicarea externului G. Severeanu, intitulată : „Isterectomiile practicate de prof. D. Severeanu de la 1883 — 1 noiembrie 1888", în care sînt analizate 74 de cazuri operate la Spitalul Colțea, și în care se amintește, printre altele, de „cuțitul spatulă" și „pensa hemostatică Péan-Richelot", ambele modificate de către C. Dimitrescu-Severeanu.

Dar, tînărul Severeanu și-a găsit și un minunat „hobby", cum l-am numi noi astăzi, studiind numismatica. Nu este un caz singular de medic numismat. Chiar unul dintre întemeietorii acestei științe, numismatul francez Jean Foy Vaillant, era medic și a publicat, în 1705, lucrarea „Istoria regilor parți identificată prin monede". Deci un precursor cît se poate de valoros, care l-a stimulat pe George Severeanu să fie activ, pentru a impune, și la noi, pe criterii științifice, numismatica.

Astfel, în 1903, contribuie la înființarea „Societății Numismatice Române". Între 1905 și 1913 va fi redactor al „Buletinului Societății Numismatice", iar din 1913 va deveni secretar general al „Societății Numismatice". În această calitate va publica o sumedenie de studii privind monedele antice grecești sau romane, monedele românești și, totodată, va întreprinde, cu aceeași pasiune, studii arheologice. Mai tîrziu, director al Muzeului Municipiului București, va organiza o secție de numismatică și medalistică și va edita revista „București", unde va publica o nouă serie de articole cu caracter numismatic și arheologic.

Dealtfel, va fi numit, ulterior, și director al „Pinacotecii", începînd din anul 1933.

Pasiunea de cercetător în domeniul medaliilor este ilustrată printr-un studiu dedicat acestora, un catalog ce datează din 1906, care este și în momentul de față cercetat și apreciat de către specialiști.

Pentru a pune la îndemîna celor interesați, cît și a tuturor celor dornici de a cunoaște, în 1939, profesorul G. Severeanu, într-un splendid gest, donează colecția statului, pentru ca în 1948 soția sa, Maria Severeanu, să transfere, din safeurile belgiene, un tezaur cuprinzînd 103 monede de aur și 50 de inele antice, la care se adaugă o serie de piese de mare valoare, cum ar fi sabia și obiectele de podoabă ale principelui transilvănean Gabriel Bethlen (1613—1629), împreună cu ceasul de aur și pistoalele domnitorului Alexandru I. Cuza.

Așa se face că, la data de 12 iunie 1956. colecția găzduită de chiar locuința sa, din strada I. C. Frimu din Capitală, își deschide porțile marelui public.

Localul, care face parte dintre construcțiile vechiului oraș, o clădire somptuoasă în interior, în care în momentul în care o revizitam, cu gîndul de a scrie acest articol, se filmau scene de epocă, pentru

un nou film artistic, oferă celui ce-i trece pragul, cîteva momente de autentică satisfacție artistică, nu numai prin exponatele sale de o mare valoare, ci și prin ambianța în care sînt acestea expuse.

Colecția cuprinde astăzi circa 11 000 de piese, putîndu-se distinge două părți importante : *numismatică* și *arheologie*. Piesele colecției au fost achiziționate din țară sau din străinătate. Piesele numismatice au fost strînse fie separat, fie prin achiziții în grup, ca în cazul tezaurelor de la Huși și Comana.

Colecția numismatică cuprinde 150 de mari valori, unicate, printre care monede geto-dacice izolate sau din cele două tezaure sus-menționate, la care se adaugă piesele emise de cetățile pontice — Tomis, Callatis, Histria —, colecția de monede purtînd efigia împăratului Traian și 8 000 de monede emise de Țările Române, datînd de pe timpul domniei lui Mircea cel Mare, grupate de Severeanu, care astfel a împiedicat risipirea lor.

Printre rarități, monedele bătute de Vlad Dracul (1436—1446) și Vladislav Basarab (1364—1377), precum și cele ale lui Eustratie Dabija, domn al Moldovei (1661—1665), și Radu Mihnea, domn al Țării Românești (1658—1659), aflate printre ultimele emisiuni, dinaintea celei imprimate de C. Brâncoveanu, care i-a atras dealtfel și sfîrșitul domnitorului.

Partea arheologică cuprinde obiecte din epoca fierului, epoca bronzului și epoca de formare a poporului român.

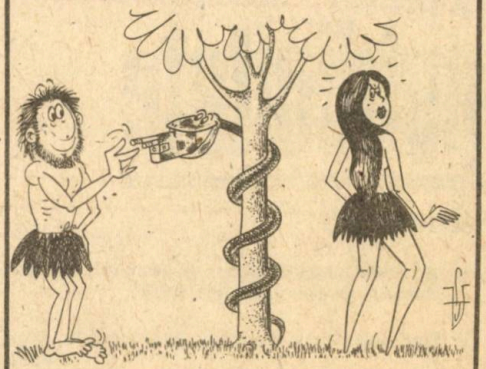
Ești pur și simplu vrăjit de frumusețea vaselor grecești, care te uimesc nu numai prin proporții, ci și prin armonia culorii. Ceramica îți oferă o plăcută incursiune prin istorie, de la epoca miceniană (mileniul II î.e.n.), la stilul geometric, de la stilul corintian la cel atic, cu figuri roșii și figuri negre (sec. VI—IV î.e.n.), pînă în perioada elenistică (sec. III—I î.e.n.).

Alături de ceramica de Tanagra, achiziționată de pasionatul colecționar în Beoția, alte achiziții din Italia, de la Chiusi, la care se adaugă două superbe capete funerare etrusce, precum și Tanagră de Callatis și Tomis.

Piesele așezate cu grijă în vitrine reprezintă, poate fiecare în sine, un obiect de studiu pentru cercetătorul avizat. Pentru cel dornic însă de a cunoaște, de a ști cît mai multe despre istoria noastră, despre spiritualitatea noastră, vizita în acest lăcaș de cultură nu poate fi decît un prilej de veritabile satisfacții.

Dr. FLORIN COLONAȘ

Desen de **Viorel Sandu**



Fără cuvinte.

Cum vii clipă şi te duci,
Ca-ntr-o lume de năluci,
Alergînd spre infinit,
Pari un dor neîmplinit.

Dor de spaţiu, dor de timp,
Şi de orice anotimp...
Ca o pasăre goniţă,
Zbori prin viaţă, prea grăbită.

Pribegind fără popas,
Dai salutul tău de as,
Primului fior matern,
Şi al gîndului etern.

Tu nu dormi şi nici visezi,
Sau măcar să te aşezi,
Căci tu eşti în Univers,
Un pion mereu în mers...

. . . . . .

Cum vii clipă şi te duci,
Ca şi vîntul la răscruci.

TITEL CANACHE

mica publicitate

SCHIIMBURI

— Schimb canini lipsă şi măsele cariate,
Pentru şapte dinţi de lapte.

— Dau chelie ce străluce printre fire albe, rare,
Pentru păr şaten sau negru, cu sau fără de cărare.

— Schimb plămîni cu experienţă, afumaţi doar de Carpaţi,
Pentru alţii mai modeşti, cu fumul neînvăţaţi !

— Caut inimă cu ritm sigur, fără urmă de-oboseală,
Ofer una schimbătoare şi un flacon de digitală.

— Schimb ficat cu pietre şi o bilă numai fiere,
Pentru una cît mai dulce şi ficat fără cariere.

— Ochi frumoşi, vedere bună şi sprîncene castanii,
Dau în schimb ochi cu albeaţă şi ochelari cu dioptrii.

— Ofer laba gîştii şi un obraz adînc ridat,
Pentr-un obrăjor de fată, cu un ten catifelat.

— Caut corp suplu, talie mică, picioare fine
Şi ofer toate acestea... garnisite cu grăsime.

— Schimb tusea, junghiul şi alte nepoftite,
Pe plăceri şi bucurii şi pe zile fericite!

Aurelia Acostăchioaiei

Pe aripi milenare

Pe aripi milenare,
stelele ne povestesc
în licăriri de argint,
despre veşnicia Timpului.

Pe aripi milenare,
Soarele ne aduce
măreţ,
fascinanta
explozie a mugurilor.

Pe aripi milenare,
natura ne încîntă
duios,
cu acele simfonii,
despre eternitatea vieţii.

Pe aripi milenare,
iubirea ne trimite
acele nestemate,
ce sînt copiii noştri.

Astfel,
în Universul
gîndului
şi al visului,
a încolţit
atîta lumină !

PIA HAŢEGANU
Membră a Cenaclului „Lucian Blaga"

PUBERTATEA, ADOLESCENŢA

Mă întreb adesea de ce majoritatea adulţilor vorbesc despre propria lor adolescenţă ca despre un eden pierdut, iar faţă de adolescenţa noastră îşi manifestă îngrijorarea şi neîncrederea.*

Note din *„Jurnalul unui adolescent"*.

Preocupările pentru problemele pubertăţii şi adolescenţei sînt foarte vechi. Date din istoria culturii şi civilizaţiei consemnează aceste preocupări de-a lungul timpului la toate societăţile umane, indiferent de stadiile de dezvoltare, de la societăţile primitive, pînă la acelea cu un înalt nivel de organizare social-politică.

Prin observaţie şi experienţă oamenii şi-au dat seama că adolescenţa — ca ultimă etapă înainte ca tînărul să preia sarcinile vîrstei adulte — merită o atenţie deosebită, în contextul educaţional al societăţii respective.

Modurile în care s-au manifestat aceste preocupări, precum şi condiţiile de pregătire pentru intrarea în vîrsta adultă au fost diferite, în raport cu stadiul de evoluţie, cu obiceiurile, tradiţia, interesele economice şi politice ale societăţii respective.

În societăţile primitive forma cea mai obişnuită este „ceremonia de iniţiere" ; ea poate fi organizată individual sau colectiv, poate avea o durată variabilă, conţine frecvente elemente magice şi religioase, dar în esenţă este „un examen" de îndemînare, de forţă fizică şi morală, de curaj, de respect faţă de tradiţiile societăţii respective, folosind expresia uzitată mai ales în etapa contemporană, dar cu conţinut vechi, „de integrare socială" în normele societăţii din care face parte.

Pe măsură ce organizarea societăţilor a devenit mai complexă, au apărut cetăţile şi statul, iar grija pentru educaţia adolescenţilor a devenit şi ea mai „organizată". În antichitatea greacă şi romană tinerii între 16 şi 18 ani erau educaţi în organizaţii speciale — „efebia" —, un stagiu militar care dura aproximativ 2 ani. În această perioadă tinerii locuiau împreună, în garnizoane speciale, practicau sporturile şi luau parte la întreceri sportive, învăţau mînuirea armelor, dar primeau şi o bună educaţie intelectuală, cetăţenească şi morală. Intrarea în rîndul „cetăţenilor" cu drept de a lua parte la treburile statului era definitivată, de asemenea, în cadrul unor ceremonii : primirea în **„forum"** şi dreptul de a purta **„toga virila"**, o haină specială, pe care o purtau numai bărbaţii.

În perioada Evului Mediu tinerii nobili care urmau să fie unşi cavaleri petreceau o noapte de meditaţii îmbrăcaţi complet în alb. Aceste „nopţi albe" pecetluiau simbolic momentul cînd tînărul părăsea copilăria, pentru a intra în viitoarele confruntări bărbăteşti. Indiferent de formele manifestărilor prin care adolescentul era pregătit pentru intrarea în viaţa socială, un element rămîne constant — conştientizarea evenimentului prin punctarea momentului în care adolescentul trece de la copilărie la maturitate.

În societatea contemporană „maturitatea legală", care se conferă la 18 ani, ar putea reprezenta teoretic acest moment, dar importanţa psiho-socială a evenimentului

* *Eden* = raiul, grădina de unde, potrivit legendei biblice, primii oameni, Adam şi Eva, au fost izgoniţi după săvîrşirea păcatului originar.

este depășită de alte evenimente consecutive (profesionalizare, situație economică etc.). Condiția depășirii momentului psihologic de trecere de la copilărie la vîrsta adultă rămîne un raport direct între individ și societate.

CÎND ÎNCEPE, DAR MAI ALES CÎND SE TERMINĂ PUBERTATEA ?

Cronologic, pubertatea se intercalează între copilărie și maturitate. Unanim recunoscută ca perioada unor importante transformări biologice, efectele acestor transformări sînt profund reflectate pe toate planurile vieții individului : psihic, mental, comportamental.

A da prioritate unora sau altora din manifestările prezentate ar fi exagerat, dar teoretic și practic oricare din ele pot să domine evoluția pubertății.

Deși manifestările evoluției pubertății se întrepătrund, există în desfășurarea lor o anumită ritmicitate, ceea ce permite diferențierea pubertății în trei etape.

Prima etapă este etapa prepuberală, care începe în medie la vîrsta de 10 ani la fete și 12 ani la băieți. Este dominată de creșterea generală a organismului, la început creșterea în înălțime, realizînd ceea ce se numește „saltul statural" prepuberal. Urmează, la aproximativ 1 an și 7 luni, creșterea în greutate. Există în această perioadă o intensă activitate neuroendocrină și metabolică ; predomină secreția hormonului somatotrop și intră în funcție glandele sexuale. Evoluția cronologică este de aproximativ 3—4 ani.

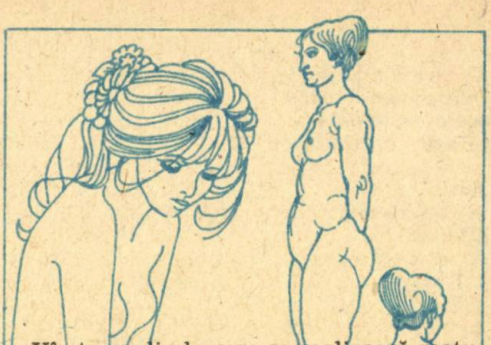
A doua etapă — etapa pubertară sau pubertatea propriu-zisă — este dominată de maturizarea sexuală, ca urmare a creșterii secreției hormonilor gonadotropi și a hormonilor sexuali.

Apariția primului ciclu menstrual la fete și a primei ejaculări sub formă de poluții la băieți constituie semnele cele mai evidente ale atingerii maturității sexuale.

Vîrsta medie a apariției primului ciclu menstrual la fete este de 13 ani (între 11 și 14 ani), iar la băieți, a primei ejaculări spontane, sub forma unei poluții nocturne (mai greu sesizabilă și deci mai greu de precizat data exactă), la 15 ani.

În această etapă încep să se dezvolte și majoritatea caracterelor sexuale secundare.

A treia și ultima etapă — postpuberală sau adolescența — este dominată de diferențierea țesuturilor organismului, a sistemului osos, a sistemului muscular, a stratului adipos al pielii, pilozității etc. Se realizează în final modelarea formelor corporale de tip adult, masculin sau feminin. Se desăvîrșesc caracterele sexuale secundare. Anatomic și funcțional individul devine apt de a procrea.



Vîrsta medie la care se realizează maturarea somatică (închiderea cartilajelor de creștere și stagnarea creșterii în înălțime) și maturarea sexuală este de 16 ani la fete și de 18 ani la băieți.

Fixarea limitei superioare a adolescenței este încă o problemă discutată. Pentru a aspira la statutul de adult se consideră insuficient numai criteriul biologic (maturarea somatică și sexuală). Sînt luate în considerație maturarea psihocomportamentală și afectivă și mai ales integrarea socială. Statutul de adult implică preluarea unor responsabilități sociale deosebite : profesionalizare, încadrarea socio-culturală și economică, căsătoria etc. În societatea contemporană tehnicizată, unde profesionalizarea are o lungă durată de pregătire, maturarea biologică și chiar psihomentală nu se suprapun condițiilor de încadrare socială ; practic, există un decalaj de 6—8 ani între maturizarea biologică (la 16—18 ani) și maturizarea socială (la 22—24 ani).

În această opinie, adolescența nu mai este privită ca o etapă limitată la evoluția unor evenimente biologice, ci ca un proces integrat social și diferențiat de la o societate la alta.

ASPECTE SOMATOFIZIOLOGICE ALE SEXUALIZĂRII LA PUBERTATE

Neputînd cuprinde decît parțial evenimentele evoluției puberale, ne limităm a prezenta unele aspecte somatofiziologice ale sexualizării la pubertate.

Evenimentul biologic cel mai specific evoluției pubertății îl constituie „procesul de sexualizare". Deși sexualizarea reprezintă numai unul din parametrii transformărilor care au loc în organism la pubertate, prin pregnanța manifestărilor, stadiile sexualizării sînt luate drept criterii de apreciere a evoluției pubertății. Înainte de a prezenta sexualizarea la pubertate, dăm cîteva date asupra procesului general de sexualizare a organismului. Înțelegem prin sexualizare totalitatea proceselor care converg la realizarea funcției de procreație. Parte integrantă dar specializată a procesului de creștere, sexualizarea se desfășoară în strînsă corelație cu celelalte sisteme ale organismului, în special cu sistemul nervos și glandele endocrine.

Procesul de sexualizare se realizează discontinuu, se perfecţionează progresiv, din aproape în aproape, în etape, precis situate în timp. În momentul fecundaţiei este determinat **sexul genetic.** Direcţionate de sexul genetic, în perioada vieţii intrauterine se formează toate formaţiunile anatomice ale aparatului genital (gonadele, tractul şi organele genitale externe).

Caracterele sexuale care se constituie în perioada vieţii intrauterine formează **caracterele sexuale primare.** Ele sînt definitive, nu se modifică pe tot parcursul vieţii. Copilul se naşte băiat sau fată, avînd toate elementele necesare direcţionării unisexuale (masculin sau feminin).

În copilărie, anatomic şi funcţional elementele sexualizării se păstrează într-o stare de relativă stagnare, dar în această perioadă se defineşte psihic şi comportamental apartenenţa individului la sexul căruia îi aparţine. Copilul „ştie" că este băiat sau fată. Se formează ceea ce numim **sexul psihic.**

Revine sexualizării puberale rolul de a pune în evidenţă caracterele sexuale primare (creşterea, dezvoltarea şi intrarea în stare de funcţionalitate a aparatului genital) şi de a adăuga formarea **caracterelor sexuale secundare.**

Caracterele sexuale secundare sînt formaţiuni anatomice care, fără a lua parte la realizarea funcţiei de reproducere, definesc aspectul vizibil al organismului sexualizat : sexualizare de tip masculin sau feminin.

Cele mai importante remanieri au loc la nivelul sistemului osos, ţesutului muscular, al pielii, al pilozităţii şi al mugurelui mamar.

Aprecierea stadiului sexualizării puberale are drept criterii cele două componente : dezvoltarea organelor genitale şi prezenţa caracterelor sexuale secundare.

Vîrsta la care apar şi viteza de desfăşurare a tuturor manifestărilor puberale prezintă mari variaţii individuale. Ceea ce defineşte normalitatea evoluţiei este armonia dezvoltării ; unui anumit grad al dezvoltării fizice (creştere în înălţime şi greutate, modelarea formelor corporale) îi corespunde un anumit stadiu al dezvoltării organelor genitale şi al caracterelor sexuale secundare (pilozitate, dezvoltarea sînilor etc.). Cum aspectele sexualizării sînt deosebite la fete şi băieţi, le prezentăm separat, în două tabele, menţionînd vîrsta medie la care apar fiecare din caracterele somatice ale sexualizării.

Tabelul I

Momentele sexualizării puberale normale la băieţi

Vîrsta în ani	Caracterele
10	— Organele genitale de dimensiuni şi aspect infantil
11—12	— Creşte volumul testiculelor
12—13	— Continuă creşterea testiculelor
	— Creşte penisul, la început în lungime
	— Pielea scrotului se înroşeşte, se cutează, volumul scrotului se măreşte
	— Apar fire răzleţe de păr pubian, în special la baza penisului
	— Ritmul creşterii în înălţime se accentuează
13—14	— Cresc progresiv testiculele şi penisul
	— Scrotul se măreşte şi se pigmentează
	— Pilozitatea pubiană se accentuează, apar peri bine implantaţi, de culoare închisă şi ondulaţi
	— Apare pilozitatea axilară
	— Se continuă accelerat creşterea în înălţime
14—15	— Apare pilozitatea facială, care debutează pe buza superioară şi se extinde pe obraz
	— Pilozitatea axilară este bine reprezentată
	— Se activează secreţia glandelor pielii, sudoripare şi sebacee Apare acneea juvenilă, predominant pe faţă şi partea superioară a toracelui
	— Prima ejaculare, sub formă de poluţie nocturnă
15—16	— Testiculele, penisul şi scrotul sînt bine dezvoltate
	— Funcţia de spermatogeneză a testicului este prezentă
	— Pilozitatea pubiană are formă de triunghi cu baza pe pubis
	— Se schimbă vocea
17—18	— Organele genitale de dimensiuni şi formă caracteristice vîrstei adulte
	— Pilozitatea pubiană avansează spre ombilic, căpătînd formă rombică
	— Se dezvoltă pilozitatea facială şi cea corporală
	— Formele corporale capătă aspectul „modelului" masculin, scheletul osos este puternic, musculatura bine reprezentată, stratul adipos redus, umerii laţi, toracele alungit, şoldurile înguste
	— Se închid cartilajele de creştere, stagnează creşterea în înălţime

Tabelul II

Momentele sexualizării puberale normale la fete

Vîrsta în ani	Caracterele
8—9	— Forma corporală și a organelor genitale de aspect infantil
10—11	— Apare creșterea sînilor — Începe accelerarea ritmului de creștere în înălțime — Apar discrete modificări la nivelul organelor genitale externe, vulva începe să-și schimbe orientarea din verticală în orizontală
11—12	— Sînii se dezvoltă în continuare — Apar fire răzlețe de păr pubian — Ritmul creșterii în înălțime se accelerează, se realizează saltul statural — Cresc progresiv organele genitale externe și interne
13	— Sînii sînt bine dezvoltați, pilozitatea pubiană ocupă toată regiunea pubiană și labiile mari, fire bine implantate, ondulate — Apare pilozitatea axilară — Apare primul ciclu menstrual
14—15	— Sînii de dimensiuni și aspect caracteristice vîrstei adulte — Pilozitatea pubiană și axilară prezentă, de aspect caracteristic vîrstei adulte — Cicluri menstruale regulate ovulatorii. Este posibilă sarcina
16	— Maturarea sexuală completă — Se închid cartilajele de creștere, stagnează creșterea în înălțime

Nu omitem faptul că sexualizarea puberală are o importantă componentă psiho-comportamentală. Determinată de factori biologici, ea este puternic influențată de factorii de mediu extern, factorii educaționali, afectivi, socio-culturali. Maturizarea sexuală include și maturizarea componentei psiho-comportamentale a relațiilor sexuale.

Dr. **Mara Ricman**
MEDIC PRIMAR PEDIATRU

E bine să fim informați și despre

Dr. **Ion Cojocaru**
medic primar dermatolog

Într-un număr anterior al „Almanahului Sănătății" vorbeam despre candidoza bucală și arătam că este mult mai frecventă decît se bănuiește.

Un alt sediu destul de frecvent de localizare a ciupercilor din grupul **Candida** este și mucoasa genitală, atît la bărbat, dar mai ales la femeie, la care vaginul este purtător normal al **Candidei**, la un număr important de persoane.

Infecția cu **Candida** în această regiune poartă — la femei — numele de **vaginită** sau **vulvovaginită candidozică.** Principalele semne care pot deștepta bănuiala unei vaginite cu **Candida** sînt : o secreție, adică o scurgere abundentă, de consistența laptelui bătut, și o mîncărime foarte accentuată, care poate duce la insomnii. Vaginul este uneori roșu, iritat, dureros la atingere. Vulva poate fi, de asemenea, inflamată, mărită de volum și cîteodată prezintă chiar mici răni.

Alături de parazitul **Trichomonas,** cu care uneori se poate asocia, **Candida** este una din cauzele cele mai frecvente care poate produce la femei cele două semne supărătoare : scurgeri și mîncărime. Cauza se poate depista prin examenul microscopic și culturii din secreția vaginală.

Vaginita cu **Candida** poate fi contagioasă, ciuperca transmițîndu-se cu ocazia raportului sexual, dar acest lucru nu se produce, însă, în toate cazurile. Cu toate acestea, este recomandabil să fie, de asemenea, examinat — și la nevoie tratat — și partenerul bolnavei.

La gravidele cu candidoze vaginale nounăscutul se poate molipsi cu mare ușurință în momentul nașterii. De aici decurge necesitatea de a trata neapărat candidoza vaginală a gravidelor.

La bărbat, boala pe care Candida o provoacă la nivelul organului genital se numește **balanită** și apare ca o roșeață uneori discretă, alteori ceva mai accentuată, acoperită cu cojițe subțiri. Cîteodată avem

de-a face și cu inflamație mai pronunțată însoțită de apariția unei materii albicioase, lăptoase, asemănătoare cu scurgerea de la femeie.

Dacă bărbatul la care ciuperca a fost descoperită, ca și la partenera, nu este tratat odată cu aceasta, există posibilitatea ca femeia să fie îmbolnăvită din nou.

Uneori avem de-a face nu cu contaminări de la femei la bărbați sau viceversa, ci cu existența unor factori favorizanți, care determină sau întreține infecția candidozică genitală.

Dintre bolile care pot favoriza producerea sau întreținerea bolii, diabetul este destul de frecvent, uneori persoana în cauză neavînd cunoștință de existența sa. Întîlnim cazuri în care, datorită depistării candidozei genitale, ajungem să descoperim diabetul, boală care trebuie neapărat tratată.

Dar mai sînt și alte boli care pot facilita declanșarea sau întreținerea unei astfel de candidoze : unele afecțiuni neuropsihice, unele boli debilitante (cancer, tuberculoză, boli ale sîngelui) etc.

În producerea candidozei vaginale un rol însemnat îl poate juca o candidoză a tubului digestiv.

În ultimii ani s-a demonstrat — tot mai mult — rolul puterii scăzute de apărare a organismului față de infecția candidozică, așa-numitul **deficit imunitar.**

Starea de graviditate are o mare însemnătate în provocarea unei vaginite candidozice, proporția femeilor avînd această afecțiune fiind mult mai mare la gravide decît la negravide.

Mai pot determina apariția de candidoze genitale și unele medicamente : utilizarea mai îndelungată de **antibiotice, cortizonice** pe cale generală, **citostatice** (în tratamentul unor cancere), **tranchilizante** (de exemplu **Diazepam**), **Metronidazol** (în terapia tricomonazei genitale) etc.

Tratament

Tratamentul în candidozele genitale se stabilește numai de medic. Orientativ menționăm că, în vaginitele provocate de aceste ciuperci, se folosesc, prin introducere locală, ovule cu **Stamicin** sau tablete vaginale **Clotrimazol, Miconazol** sau **Pimafucin,** în dozele și cu durata stabilită de medicul specialist.

În balanitele candidozice se aplică local o cremă cu **Stamicin,** cu **Fenosept** 1‰ sau produsele **Clotrimazol** ori **Pimafucin.**

SĂNĂTATEA ... iubirii

(Să nu trișăm iubirea oarbă)

MOTTO :

...La intrarea într-un cabinet de oftalmologie am citit, cîndva, următoarea inscripție : „Iubirea este oarbă"...

Să-ți meargă mereu a ta minte clară,
Ca prinsă pe zglobii rulmenți,
Dar mai ales cînd te înfrunți,
Cu abili trișori și prefăcuți clemenți.

Norocul să te poarte cît mai departe,
De-apele nespus de-adînci,
De-ale iubirii oarbe, prea ascuțite,
Ș-ascunselor ei stînci...

De-ți urcă-n grabă inima prin cap,
Și-ți bate dornic, pe de-a rîndul,
Încearcă totuși să-ți aduni nealterat
Și limpede, întreg gîndul...

Iar voi care trișați din voie, pe cei
Ce i-ați legat complet la ochi,
Luați bine seama căci dorul de-l iriți,
Vă faceți singuri „de deochi"...

Și nu uitați că dintre păcate,
Doar unul este cel mai mare :
„Să-i furi celui orbit de tine,
Din inima-i prinsă la strîmtoare"...

Mai luați apoi aminte, că nevăzătorul,
În schimb, ades te simte,
Cum tu pornit pe înșelăciune ești
Mai mult ca toți, strivit la minte...

Și-ați mai uitat, voi, trișori
De suflete aprinse, dar prea naivioase,
Că-nșelăciunea voastră, totuși,
Cît de amarnic ne furnică-n oase...

Înșelătorul uită c-al lui
Ulcior firav, de furat chiar apă,
Cărat de-îmbroboditul sclav,
Odată-i vine timpul de se crapă...

Precum c-orbitul său supus,
Îl urmărește-n a lui mare taină,
Și-atunci cînd înșelarea-i crudă,
I-ascunsă pe sub a sa haină...

Știe cumva trișorul, că păcăleala lui
Cumplită și nespus de lașă
Stîrnește răzbunare și-omoară
Din plin iertarea, chiar din a ei față ?...

Că nu-i pe lume forță ca-n cel trișat,
Iar pe deasupra făcut și orb,
Care trezit din înșelare devine
Cu nesaț, un prea vajnic corb ?...

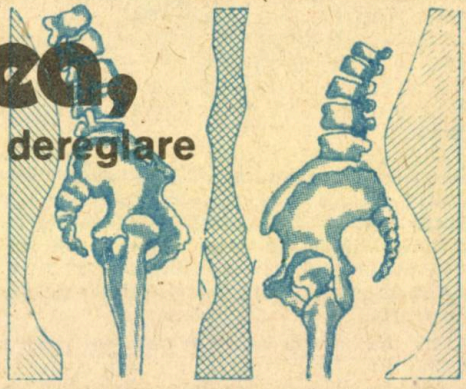
Să-ți umble dorul hărăzit, prin cuget,
Și-n inima-ți cît mai curată,
Dar nu-ți lăsa deloc în viață,
Iubirea ta în mod barbar trișată...

. . . . . .

Să-ți meargă a ta minte clară-n toate
Și mereu fără de... erată.

TITEL CANACHE

Decalcifierea, semn de îmbătrînire sau dereglare hormonală?



Riscul osteoporozei este crescut în unele boli endocrine

Hormoni, vitamine și minerale concură la consolidarea scheletului. Creșterea longevității și înmulțirea numărului de fracturi

În decursul vieții individului scheletul se reface necontenit, remodelarea sa fiind un proces alternativ de formare și de pierdere de material osos, eveniment la care participă două tipuri de celule osoase : unele formatoare de țesut osos — **osteoblaste** — și altele care îl degradează — **osteoclaste**. Menținerea structurilor osoase normale nu ar fi posibilă fără aportul permanent al unor hormoni, vitamine și minerale (calciu și fosfor). Acțiunea combinată a acestor factori face ca la adult ritmul formării osului să fie egal cu cel al resorbției. După 40—50 de ani, pe măsura înaintării în vîrstă, echilibrul între formarea și degradarea masei osoase se modifică în sensul că se pierde mai multă substanță osoasă decît se formează. În consecință, datorită scăderii densității țesutului osos, scheletul se rarefiază, aspect cunoscut sub numele de **decalcifiere** (osteoporoză). La vîrstnici pierderile de substanță osoasă sînt de obicei mai evidente la antebraț, gîtul sau colul femurului și la coloana vertebrală. Pierderea materialului osos nu este uniformă, ci diferă după locul anatomic și tipul de os.

În multe țări din lume creșterea longevității a adus după sine înmulțirea numărului de fracturi. Numeroase studii au atras atenția asupra faptului că osteoporoza și fracturile de femur cresc în mod exponențial cu longevitatea. Din statistici recente efectuate în Franța, a reieșit că 14% din populație depășește 65 de ani și că în fiecare an apar 30 000 de cazuri noi de fracturi de femur și de șold. La aceasta contribuie și căderile frecvente ale bătrînilor, provocate în bună parte de medicația cu antidepresive triciclice și cu anticonvulsivante, care măresc nesiguranța în poziție verticală sau la mers. Pierderile de echilibru sînt mai reduse la bătrînii care iau anxiolitice și hipnotice.

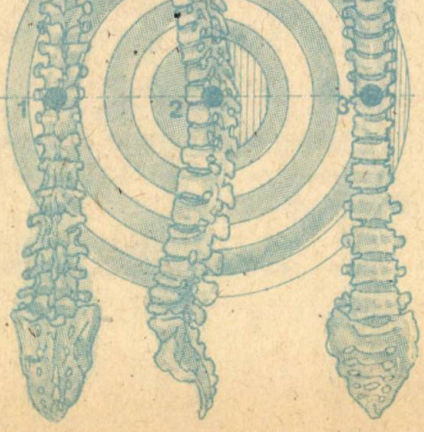
Unele boli endocrine se însoțesc de modificări semnificative ale structurii oaselor. În hiperfuncția glandei tiroide sau hipertiroidie, se pierd cantități însemnate de calciu și fosfor în urină și fecale, ceea ce face ca pierderile de substanță osoasă să fie apreciabile, dacă nu se instituie tratamentul antitiroidian. Hormonul paratiroidian are efecte negative asupra structurilor osoase. El stimulează activitatea osteoclastelor și mărește procesul de resorbție osoasă, avînd astfel rol principal în producerea osteoporozei. În schimb, **calcitonina,** hormon polipeptidic produs de celule ale glandei tiroide, contracarează acțiunea hormonului paratiroidian prin frînarea activității osteoclastelor. Din aceste motive calcitonina face parte în prezent din ansamblul terapeutic al osteoporozei. În boala Cushing*, producerea excesivă de hormoni corticoizi dereglează metabolismul vitaminei D, scade absorbția de calciu prin intestin, producînd rarefierea scheletului. Complicațiile osoase ale bolii pot fi evitate prin frînarea excesului de hormoni corticoizi și prin administrare de vitamină D.

Osteoporoza de menopauză, consecință inevitabilă a suprimării funcțiilor ovariene. Femeile sînt mai predispuse la fracturi

Castrarea chirurgicală la femeile tinere, ca și pierderea funcției ovariene la feme-

* Afecțiune endocrină datorită unei hipersecreții de glucocorticoizi (grup de hormoni produși de corticala suprarenală — cortizon, hidrocortizon, corticosteron etc.), caracterizată prin obezitate tronculară, hipertensiune, poliglobulie, hiperglicemie, osteoporoză.

ile la menopauză, accelerează pierderile de substanță osoasă, lipsa estrogenilor avînd rol primordial în producerea osteoporozei. Așa se explică de ce osteoporoza este de 2—3 ori mai frecventă la femeie, la care și masa osoasă este mai redusă. La bărbat decalcifierea este mai rar întîlnită și se instalează, în genere, după 70 de ani (osteoporoza senilă). Accentuarea bruscă a osteoporozei după menopauză este o realitate. Specialiștii susțin că după încetarea menstrelor una din patru femei devine osteoporotică. S-a socotit că în cursul vieții, femeia tînără, cu activitate ovariană normală, pierde 1% din capitalul osos în decurs de 10 ani, întocmai ca și bărbatul, pe cînd femeile cu menopauză spontană pierd anual 1% din masa osoasă. Osteoporoza de menopauză, consecință inevitabilă a suprimării funcțiilor ovariene, se caracterizează la început prin pierderea importantă a țesutului spongios, manifestată prin compresiuni dureroase ale vertebrelor și micșorarea taliei. Ulterior, rarefierea osoasă se extinde și în alte zone, astfel încît între 75—80 de ani survin fracturi ale extremităților oaselor lungi, iar în decada a 9-a apar, cu predilecție, fracturile de șold. S-a constatat că la femeile slabe riscul osteoporozei este mai crescut decît la cele grase, întrucît hormonii androgeni produși de glandele suprarenale sînt transformați în hormoni estrogeni de către țesutul gras. Din această conversiune rezultă o cantitate crescută de hormoni estrogeni la femeile supraponderale, ceea ce le conferă o relativă protecție a osului. Osteoporoza și fracturile au mai fost semnalate cu predilecție la femeile cu viață sedentară sau cu activitate fizică redusă, la cele care au luat multă vreme cortizon, sau care au fost lipsite de calciu în copilărie, la femeile diabetice, cît și după consumul exagerat de tutun și alcool. Acestea din urmă au efect toxic pe os, scăzînd efectul protector al estrogenilor asupra scheletului. Rareori osteoporoza poate surveni la femeile tinere în cursul lactației sau sarcinii, ca urmare a pierderilor masive de fosfor și calciu. În fine, modificările osoase ale femeii în postmenopauză pot avea la origine și regimul de slăbire, sărac în alimente grase. Tratamentul substitutiv cu hormoni estrogeni împiedică pierderile de calciu în urină, întîrzie progresarea osteoporozei, dar nu o vindecă. **De aceea este necesar ca tratamentul hormonal să înceapă cît mai curînd, înainte de apariția modificărilor osoase, și anume în primii trei ani de la instalarea menopauzei.**



Osteoporoza cortizonică poate fi prevenită

Un interes deosebit a fost acordat osteoporozei cortizonice, a cărei incidență a crescut odată cu răspîndirea tot mai largă a preparatelor cortizonice în afecțiuni reumatice, boli de piele și plămîni, în tulburări digestive și în gerontologie. Se știe că în boala Cushing hormonii corticoizi pot provoca fracturi și osteoporoză, uneori chiar după administrarea unor doze mici. S-a pus întrebarea, firească, ce atitudine trebuie luată în cazul în care sînt necesare doze mari, pe o perioadă îndelungată de timp. Studii întreprinse în acest scop au dovedit că efectele pe oase ale terapiei cortizonice pot fi prevenite prin tratament combinat, constînd în vitamină D_3, asociată cu 500 mg calciu doză zilnică și fluorură de sodiu. În acest fel masa osoasă crește, iar tasările vertebrale, atît de frecvente sub tratament cortizonic, pot fi împiedicate timp de mai mulți ani.

Vitamina D contribuie la consolidarea oaselor. Două surse de vitamină D

Împreună cu calciul, vitamina D contribuie la consolidarea oaselor. Termenul înglobează de fapt două vitamine asemănătoare chimic, cu metabolism identic, dar cu origine diferită : vitamina D_3 sau **colecalciferolul,** numită și **substanță antirahitică**, sintetizată în epiderm, și vitamina D_2 sau **ergocalciferolul**, provenită din alimentație. Pentru a fi active cele două vitamine sînt supuse la două transformări succesive, una în ficat și a doua în rinichi, unde dau naștere formei active a vitaminei D, **calcitriolul,** de 12 ori mai activă decît precursorii săi. Ea își exercită acțiunea specifică asupra mucoasei intestinale și a scheletului, reglînd absorbția de calciu și fosfor de către pereții intestinali, în funcție de nevoile organismului. Dozări radioimunobiologice ale vitaminei D au arătat că nivelul său în sînge scade paralel cu înaintarea în vîrstă, valori scăzute fiind găsite la bătrîni cu alimentație săracă în vitamine. Se știe că alimentele care conțin cantități semnificative de vitamină D sînt peștele gras, ouăle și ficatul, pe care bătrînii nu le consumă de obicei, ei preferînd regimul vegetarian, sărac în colesterol. Contrar așteptărilor, laptele conține cantități în-

suficiente de vitamină D pentru organism ; de aceea, în unele țări, acesta este suplimentat cu vitamină D. În mod normal vitamina este luată din alimente prin intestin, într-o proporție de 80%. La bătrîni însă absorbția este adesea deficitară și numai 50% din vitamina alimentară trece prin intestin. Deosebit de importantă pentru organism este vitamina D_2, care se formează în piele, sub influența razelor solare ultraviolete. Acestea sînt active numai dacă există o anumită lungime de undă și dacă intensitatea lor este suficientă. Norii, înclinarea joasă a radiațiilor solare, poluarea etc. elimină fracțiile spectrului solar. Așa se explică de ce în țările nordice soarele își pierde capacitatea de activare a sintezei de vitamină D, îndeosebi în cursul iernii. Se mai știe că razele ultraviolete nu traversează sticla, de aceea expunerea la soare prin intermediul geamului nu este eficace. Bătrînii nevoiți să stea multă vreme la pat sau cei care nu primesc decît indirect lumina soarelui au valorile cele mai scăzute de vitamină D. În schimb, bătrînii valizi, care ies cu regularitate la plimbare și la soare, au conținut vitaminic mai ridicat. Lipsa de apetit a bătrînilor, proasta absorbție intestinală și alcoolismul sînt factori care accentuează carența vitaminică. Hipovitaminoza D a mai fost constatată în rahitism, ciroză biliară, icter mecanic, în insuficiența renală cronică, după tratament îndelungat cu heparină, la cei operați la stomac, la copiii născuți în cursul iernii și chiar la tineri, la sfîrșitul iernii. Vitamina D administrată în scopuri terapeutice nu influențează osteoporoza vertebrală și nu reprezintă un tratament curativ sau preventiv eficace în astfel de cazuri.

Îmbătrînirea se însoțește și de reducerea treptată a concentrației de calciu în sînge, fapt care antrenează creșterea simultană a hormonului paratiroidian. Acesta din urmă accelerează procesul de resorbție osoasă, crescînd riscul fracturilor. Osteoporoza senilă depinde, în mare măsură, de lipsa de calciu și, în parte, de deficitul de vitamină D. S-a calculat că în organismul adultului există 1—2 kg calciu, dintre care 98% intră în compoziția scheletului.

Calciul și vitamina D, medicație de bază a osteoporozei și fracturilor. Tratamentul substitutiv cu estrogeni oprește pierderile osoase

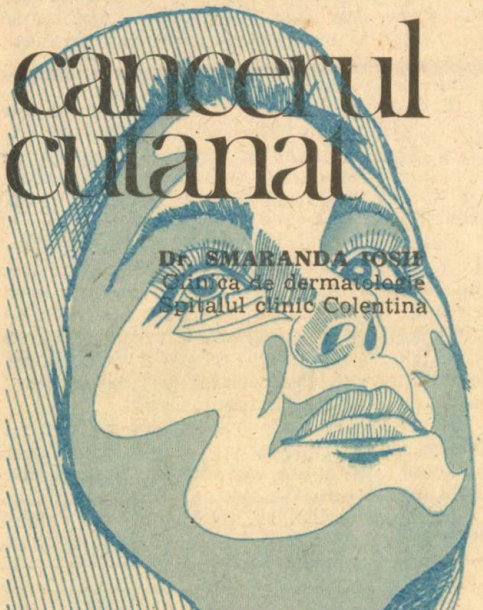
Medicația de bază a rarefierilor osoase o constituie calciul și vitamina D. Masa osoasă este determinată de calciul alimentar, ea însăși fiind un rezervor de calciu pentru organism. Dacă în dietă nu există minerale suficiente, scheletul poate elibera calciu din depozite vreme îndelungată, nu însă fără a se resimți mai tîrziu. În genere, calciul este disponibil în alimente, fiind dealtfel sursa preferată de introducere a sa în organism, dar întrucît mulți nu suportă produsele lactate, se recurge la calciul din comerț. Acesta se administrează sub formă de lactat, gluconat, glicerofosfat sau carbonat de calciu și are rolul de a împiedica resorbția osului. Vitamina D se administrează sub forma obișnuită aflată în comerț sau sub forma sa activă — **calcitriol** —, care remineralizează și reconstruiește osul. Din cauza tulburărilor de absorbție intestinală, bătrînii au nevoie de 1—2 g de calciu zilnic. Studii recente au demonstrat că în S.U.A. femeile tinere consumă aproximativ 500 mg calciu în dieta zilnică, dar se presupune că în perioadă de activitate ovariană sînt necesare cantități mai mari, de 800—1 000 mg zilnic. După menopauză, cînd producția de estrogeni a încetat, este nevoie de o cantitate dublă zilnică de calciu, pentru menținerea echilibrului mineral. De multă vreme se consideră că fluorul ajută consolidarea osului. Se dă de obicei sub formă de fluorură de sodiu, asociat cu calciu.

Întrucît la femeie starea hormonală este determinantă pentru evoluția osteoporozei, rarefierea osoasă din postmenopauză beneficiază de tratamentul substitutiv cu hormoni estrogeni, care opresc sau întîrzie pierderile osoase. **Cu cît tratamentul este aplicat mai din vreme, cu atît rezultatele sînt mai bune.** Tratamentul cu estrogeni nu comportă riscul cancerului de sîn sau de endometru, dacă se ține seama de contraindicații și dacă se asociază cu progestative, calciu și vitamină D. Mai nou, se preferă administrarea estrogenilor pe cale cutanată, sub formă de gel. În cazul în care castrarea femeii s-a produs la tinerețe, tratamentul hormonal trebuie început înaintea apariției semnelor de rarefiere osoasă. S-a constatat că și în doze mici estrogenii pot opri evoluția osteoporozei, dacă sînt administrați timp nedefinit. Efectele benefice asupra scheletului pot dura cel puțin 10 ani și au avantajul de a reduce incidența fracturilor.

Rezultate bune în osteoporoză și în fracturi repetate au fost obținute cu **calcitonină sintetică**, care, în afara faptului că scade durerea vertebrală, antrenează creșterea și formarea osului.

MADELEINE
MĂICĂNESCU-GEORGESCU
DOCTOR ÎN MEDICINĂ

CÎTE CEVA DESPRE cancerul cutanat



Dr. SMARANDA IOSIF
clinica de dermatologie
Spitalul clinic Colentina

De-a lungul zbuciumatei sale istorii, omenirea a avut mereu de luptat cu spectrul unor boli ce păreau una mai înfricoşătoare ca alta şi, dacă privim retrospectiv, a ieşit întotdeauna învingătoare. Dacă în veacurile ce au trecut bolile infecto-contagioase, a căror natură era încă necunoscută, secerau nenumărate vieţi, în epoca în care trăim, sănătatea noastră este supusă ameninţării mai insidioase a bolilor degenerative şi mai ales a bolii canceroase. Creşterea continuă a bolii canceroase în ultimele decenii aduce cu stringenţă în actualitate problema cancerului cutanat, care deţine capul de afiş, prin numărul de îmbolnăviri pe care le provoacă. Din fericire, cancerele pielii sînt în majoritatea lor curabile, dacă sînt depistate în timp util — lucru perfect posibil, dat fiind situaţia specială, de suprafaţă, a organului cutanat, care este accesibil observaţiei directe ; ceea ce este şi mai important este faptul că apariţia cancerelor cutanate poate fi pînă la un punct evitată, prin prisma cunoştinţelor de care dispunem.

De nenumărate ori ne examinăm sub imboldul necesităţii de a ne încadra în anumite reguli estetice şi vestimentare, sau din curiozitate, sau pentru a aprecia urma timpului asupra fizicului nostru ; se impune să dăm un conţinut mai pragmatic acestei autoexaminări şi să înregistrăm orice modificare anormală de pe pielea noastră, tot aşa cum înregistrăm o pată sau o ruptură a veşmintelor noastre, iar dacă aceasta persistă de cîteva săptămîni **să ne prezentăm imediat la medic.**

Care sînt acele modificări ale pielii noastre care trebuie să ne reţină îndeosebi atenţia ?

În primul rînd, mărirea în suprafaţă, modificarea culorii şi căderea părului de pe acele pete cafenii pe care le avem din naştere şi cărora popular le spunem „aluniţe". Zgîrierea şi sîngerarea unei astfel de aluniţe obligă la un consult medical urgent, pentru că ele pot fi punctul de plecare al unui cancer cu evoluţie sălbatică, greu de controlat prin mijloacele terapeutice de care dispunem pînă la ora actuală. Mai mult decît atît, dacă aşazisele „aluniţe" — **nevi pigmentari,** în limbaj medical — sînt situate în locuri expuse firesc traumatismelor — palme, tălpi, centură — sau în bătaia nemiloasă a soarelui, este bine să fie extirpate chirurgical, cît mai de timpuriu.

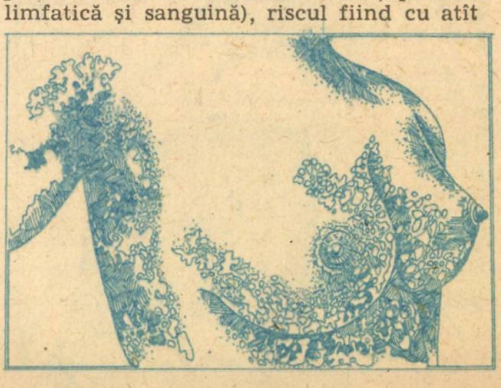
În al doilea rînd, orice mică tumoretă apărută pe suprafaţa pielii, mai ales dacă este de culoare cafenie, impune un consult medical.

În al treilea rînd, ulceraţiile pielii care nu dau semne de vindecare, persistînd şi mărindu-se în timp, mai ales dacă sînt situate pe semimucoasa buzei inferioare şi la persoane care obişnuiesc să fumeze, trebuie să fie examinate de urgenţă de către un medic specialist dermatolog.

Numai o depistare timpurie a diverselor forme pe care le îmbracă cancerul cutanat constituie chezăşia vindecării totale a acestuia, astfel încît amintirea lui să rămînă un simplu vis urît, pentru cel care l-a avut.

Mai important pentru sănătatea individuală ar fi evitarea apariţiei unui cancer cutanat, lucru posibil pînă la un punct, prin prisma cunoştinţelor de care dispunem actualmente.

Factorul determinant în geneza unui însemnat grup de cancere cutanate îl constituie expunerea excesivă la soare. Noile obiceiuri vestimentare, moda vacanţelor însorite şi sportive sau exercitarea anumitor profesii, fără măsuri adecvate de fotoprotecţie, se pot solda cu apariţia unui **epiteliom** (tumoare malignă a epiteliului cutanat şi a mucoaselor de suprafaţă) sau, mai grav, a unui **melanom** (tumoare malignă, avînd caracter invaziv şi putere metastazantă foarte mare, pe cale limfatică şi sanguină), riscul fiind cu atît



mai mare cu cît persoana are pielea de culoare mai deschisă. În prezent, posibilitatea apariţiei cancerelor cutanate fotodependente este mult mai mare faţă de trecut, deoarece asistăm la o scădere a păturii stratosferice de ozon, care are rol de filtru pentru ultravioletele carcinogene ; această îngrijorătoare „gaură de ozon", la care şi-au adus în mod substanţial contribuţia avioanele supersonice şi gazele industriale de tipul fluoroclorometanului, a alertat comunitatea internaţională, care este pe punctul de a lua măsuri de restrîngere a industriilor poluante.

În apariţia epitelioamelor buzei, fumatul joacă un rol hotărîtor. Considerat ca o contrapondere la elementele de stres neuropsihic al lumii contemporane, uzul şi abuzul de ţigări poate duce la instalarea unui **spinaliom** al buzei inferioare, cu capacitate de a metastaza în ganglionii regionali. Efectul oncogen al fumatului se datorează, în primul rînd, expunerii la acţiunea hidrocarburilor policiclice rezultate din arderea tutunului, expunere cumulată cu injuria calorică şi cu scăderea capacităţii de apărare a organismului.

Impactul factorilor chimici din mediul ambiant, mai ales din cel profesional, contribuie şi el la apariţia cancerului tegumentar. Astfel, cu mult timp în urmă, Percival Pott a descris cancerul coşarilor ; în zilele noastre, în S.U.A. s-a semnalat o frecvenţă anormal de ridicată a anumitor cancere cutanate la muncitorii din anumite industrii chimice şi farmaceutice, creşterea îmbolnăvirilor prin epitelioame ale pielii la cei care manipulează insecticide pe bază de arsenic, precum şi la lucrătorii din rafinăriile de ulei.

Radiaţiile ionizante pot contribui şi ele la apariţia cancerului cutanat pentru că, în condiţiile depăşirii nivelului maxim de iradiere, provoacă **radiodermite cronice**, ce se malignizează în aproximativ 24% din cazuri.

Cercetările au arătat că riscul de îmbolnăvire prin cancer cutanat, sub impactul diverşilor factori de mediu, este cu atît mai mare cu cît există o predispoziţie înnăscută în această direcţie, ceea ce impune o prudenţă crescută din partea persoanelor a căror rude de sînge au suferit de neoplasme tegumentare.

În încheiere, se poate afirma că pentru îndepărtarea riscului de îmbolnăvire prin cancere cutanate elementele hotărîtoare sînt renunţarea la fumat, adoptarea de măsuri de protecţie individuală şi colectivă a muncii profesionale şi evitarea expunerii prelungite la soare.

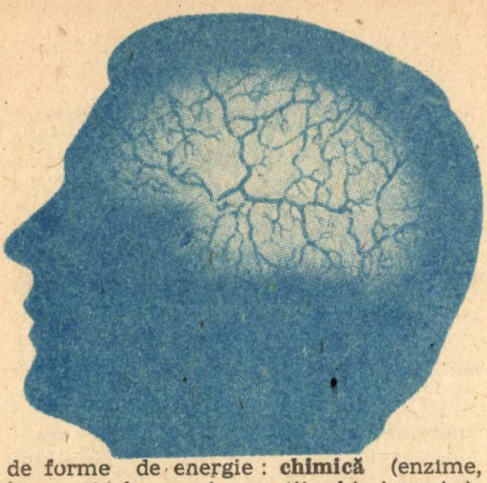
BIOCOMUNICAŢIA

TRANSFER DE INFORMAŢIE BIOLOGICĂ

Dr. Al. Theodorescu

Obţinerea informaţiilor din mediul extern privind multitudinea de situaţii în care se găseşte o fiinţă vie, în general, se consideră că are loc prin organele de simţuri, mai simple sau mai complexe, în funcţie de treapta biologică în care aceasta se găseşte. Studiind însă complexul informaţional care pătrunde în sistemul nervos al indivizilor, ne dăm seama că, în afara organelor de simţ, sînt folosite de fiinţele vii, în mod inconştient, mai multe căi. La organismele superioare — şi în special la om —, aceste căi pot fi comasate într-un singur termen : **telepatia.**

Limbajul reprezintă pentru întreaga lume vie o altă cale de biocomunicaţie, limbaj care poate îmbrăca o serie infinită

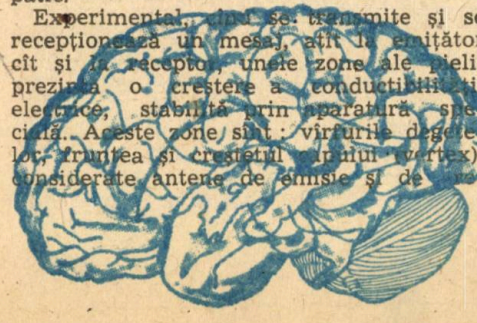


de forme de energie : **chimică** (enzime, fermenți, hormoni, reacții chimice etc.), **electromagnetică** (radiații în ultraviolet, infraroșu, microunde) sau **vocală** (musculatură laringo-faringiană).

Dar să ne rezumăm numai la fenomenul telepatic care, desigur, este cel mai perfecționat dintre toate formele de biocomunicație, studiul lui bazîndu-se mai mult pe date experimentale decît pe cele riguros științifice. Se pornește de la premisa că o intenție, o dorință gîndită creează la individ biocurenți cerebrali care generează un cîmp energetic în spațiul înconjurător, cu posibilități de extindere la distanțe deosebit de mari și cu transmitere instantanee, asemănîndu-se, dar nu identificîndu-se, cu undele electromagnetice. Acest cîmp nu cunoaște obstacole în propagare, ca undele electromagnetice.

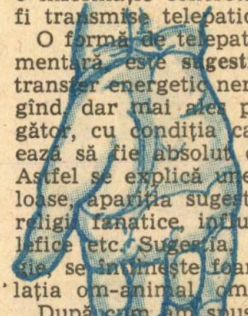
Informația transmisă de creierul emițător, purtată ca și undele radio pe un suport energetic, este recepționată de creierul receptor, căruia i se adresează și care o decodifică, o înțelege și o reproduce prin grai sau mișcări. Pentru a fi apt recepției, subiectul respectiv are nevoie, pe lîngă o dotare deosebită, și de un antrenament voluntar (sau involuntar), de o stare psihică specială, constînd dintr-o îngustare a conștiinței prin limitarea stimulilor exteriori. Se realizează practic prin blocarea fizică a auzului și văzului, precauțiuni care nu sînt necesare la cei antrenați. Starea psihică particulară a organismului se constată obiectiv prin electroencefalografie, prin ritm respirator accelerat și semitransă. La sfîrșitul recepționării mesajului, subiectul se simte foarte obosit, prezintă hipertensiune și tahicardie, datorită transferului de energie produs în timpul fenomenului telepatic.

Experimental, s-a stabilit că se transmite și se recepționează un mesaj, atît la emițător cît și la receptor, unele zone ale pielii prezintă o creștere a conductibilității electrice, stabilită prin aparatură specială. Aceste zone sînt : vîrfurile degetelor, fruntea și creștetul capului (vertex) considerate antena de emisie și de recepție. Menționăm că antena principală (creștetul capului) este singurul loc al pielii care „nu doarme" niciodată, chiar dacă individul este în stare de somn, transmițîndu-i, în acest caz, informații relativ la mediul ambiant, prelucrate și comunicate creierului.



Dar ce reprezintă gîndul ? Gîndul nemărturisit și transmis telepatic altei persoane, care poate să-l materializeze fizic, pare a fi un cîmp magnetic, deci o forță materială. Pregîndirea sau elaborarea gîndului are loc într-o zonă filogenetic mai veche a dezvoltării creierului. Aici gîndul ar avea forma unui limbaj universal, fără cuvinte, în imagini, accesibil tuturor ființelor vii, de la celulă la organismul uman. Pregîndul este preluat de un strat de dezvoltare cerebrală filogenetic mai recentă, care îl decodifică, traducîndu-l în limba vorbită a celui ce a gîndit. Limbajul universal reprezintă deci o informație mentală precedînd cuvîntul, o informație concretă, în imagini ce pot fi transmise telepatic.

O formă de telepatie, desigur mai rudimentară, este **sugestia.** Ea reprezintă un transfer energetic nervos transmis fie prin gînd, dar mai ales prin viu grai convingător, cu condiția ca și cel ce o efectuează să fie absolut convins de ce spune. Astfel se explică unele vindecări miraculoase, apariția sugestiei în masă la unele religii fanatice, influențe benefice și malefice etc. Sugestia, ca transfer de energie, se întîlnește foarte adesea și în relația om-animal, om-plantă, om-bacterie.



După cum am spus și mai sus, comunicarea informațională energetică transmisă prin limbajul universal există și între celulele aceluiași organ sau țesut, fiind din ce în ce mai perfecționată, pe măsură ce sistemul nervos devine și el mai perfecționat, mai complex. Folosirea pe scară largă a limbajului universal revine în primul rînd ființelor fără limbaj articulat. Astfel se explică acțiunile complexe de conducere a grupurilor, distribuția rolurilor în grup, apărarea comună întîlnită la mamifere, păsări, pești, insecte etc. Exodul balenelor spre anumite plaje, roirea albinelor, marșul furnicilor, plecarea păsărilor pentru iernat se datoresc transmiterii informației de la un conducător. Feromonii, de asemenea, transmit, la insecte, pe cale chimică, informația privind atracția sexuală.

Înainte de producerea modificării poziției laringo-farixului la maimuțe, acestea desigur că-și transmiteau informația tot prin sistemul limbajului universal. Pe măsură ce a apărut la hominizi limbajul articulat, aceștia au început să transmită informațiile prin grai, deci prin comunicare sonoră. Pe măsura dezvoltării vorbirii fenomenul telepatic s-a atrofiat, rămînînd în starea potențială.

putînd reapărea prin antrenament şi dotaţie sau spontan.

Nu demult, unii cercetători din S.U.A. au reuşit, antrenînd telepatic un om-receptor şi un om-emiţător, să transmită imagini la distanţe de 400 km. Astfel, receptorul a putut descrie obiecte în culori şi chiar să le deseneze. Toate persoanele au capacitatea de a înregistra informaţii în imagini şi de a le depozita în subconştient, dar nu le pot folosi decît accidental. Este cunoscut faptul că uneori, trecînd pe lîngă o casă sau admirînd un peisaj, avem impresia că le-am mai văzut o dată. Este o informaţie care se conştientizează, imaginea despre care a fost vorba fiind într-adevăr văzută genetic, dar cu mulţi ani în urmă, sau poate cu generaţii.

Telepatia lucrează fără zgomot, în deplină tăcere, asupra sistemului nostru biocibernetic, se înmagazinează şi răbufneşte cînd nici nu ne aşteptăm.

Telepatia spontană cu vizualizări se întîlneşte adeseori atunci cînd receptorul şi emiţătorul sînt legaţi prin afecţiune profundă. Este cazul petrecut între o mamă şi fiica acesteia, una de alta aflîndu-se la o distanţă de 600 km. La un moment dat, noaptea, fiica vizualizează colorat mental mama pe patul de moarte. Dimineaţa primeşte o telegramă care îi confirmă viziunea. În acest caz, în momentul decesului, prin concentrare telepatică, mama s-a gîndit la fiică şi astfel s-a realizat legătura energetică.

După cercetătorii sovietici, radiaţia biologică reprezintă transferul de informaţie şi de energie dintre fiinţele vii, care este permanentă, dar inconştientă. Astfel, microorganismele sînt sensibile la concentraţia psihică umană, malefică sau benefică, pînă la distanţa de 1—10 m. Între mamifere şi om distanţa telepatică este cu mult mai mare. Un cîine ascultă ordinul telepatic dintr-o încăpere într-alta, aducînd obiectele cerute de stăpîn. De la om la om, în afară de cele citate, se mai pot enumera visele dirijate de experimentator, receptorul fiind în fază de relaxare.

Telepatia om-om este cea care generează simpatia sau antipatia. Totodată ea determină întîlnirea „întîmplătoare" pe o arteră de circulaţie pietonală dintre două persoane care nu s-au văzut de mult timp, dar care în acel moment s-au gîndit una la alta.

Biocomunicaţia, ca sistem de bază a legăturii dintre viu şi viu este posibilă, după cum am arătat, asemănător dar nu similar undelor de radio, deoarece pentru energia nervoasă emisă nu există obstacole şi distanţe. Această energie a fost pusă în evidenţă prin fotografierea şi cinematografierea în alb-negru şi color a zonelor tegumentare cu slabă rezistenţă electrică (vîrful degetelor, fruntea, creştetul capului etc.) într-un cîmp electromagnetic de înaltă tensiune şi frecvenţă. Pe peliculă au apărut în jurul acestor zone halouri în culori, de la roşu la albastru, în mişcare, ca nişte flăcări, avînd amplitudini şi culori în funcţie de starea psihică (roşu pentru mînie, albastru pentru relaxare şi intermediare pentru diferite stări psihice). Acest efect descoperit întîmplător de Kirlian şi colab. în U.R.S.S., înainte de cel de-al 2-lea război mondial, a fost reluat şi continuat în S.U.A. abia în ultimii 20 de ani. Metoda poate decela fotografic sentimente de simpatie sau antipatie, stări de toxicomanie, stări conflictuale etc. Este interesant de menţionat că maximumul de halou în culori foarte diversificate apare în jurul vertexului, ca o aureolă.

Nu este cazul să tragem vreo concluzie, dar faptele probează că există fenomene şi legi fizice pe care nu le cunoaştem suficient şi care stau la baza biocomunicaţiei între viu şi viu, viul reprezentînd un tot, indiferent de evoluţia în care se găseşte şi care foloseşte limbajul universal, un fel de „esperanto în imagini".

RECOMANDAT

RĂSPUNDEM... CITITORILOR

Un sfat de-i bun... e bun, oricine ţi l-ar da.
(SENECA)

Nu ! Nu vrem să facem concurenţă radiodifuziunii. Nici n-am putea ! Emisiunea de la ora 9 şi 5 minute „Răspundem ascultătorilor" are tradiţie şi avantajul programării zilnice... iar rubrica sa „Pe teme medicale" este ascultată cu sufletul la gură de bolnavi, de familiile lor şi de mulţi, de foarte mulţi sănătoşi.

Almanahul Sănătăţii apare — normal — o dată pe an ! El are însă un singur avantaj — un mare avantaj ; pe cînd vorbele zboară în eter... răspunsurile scrise în almanah rămîn. Rămîn pe masa de lucru sau în biblioteca cititorilor. Şi pot fi consultate oricînd.

Pentru a exista... pentru a deveni permanentă... rubrica „Răspundem cititorilor" are nevoie de interesul şi mai ales de întrebările dumneavoastră. Deci... aşteptăm întrebările de la tinerii cititori între 15—90 de ani... de la mame sau viitoare mame... de la părinţi şi bunici... de la toţi cei interesaţi în probleme de

sănătate. Răspunsurile vor sosi cu promptitudine, pe adresa „andrisanților cunoscuți", în ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 1989 și în următoarele.

Pînă atunci, pentru încălzire, am fost rugat să dau eu cîteva răspunsuri, de interes general, la întrebările sosite în ultimul timp. Inițial întrebările erau destinate radioului... dar — sper — n-o să se supere nimeni dacă răspunsurile vor sosi — ceva mai tîrziu — dar tipărite. În ele e vorba de cîteva adevăruri simple — dar ignorate adesea — de care depinde greutatea... silueta... și, nu în ultimă instanță, sănătatea noastră. Ele — răspunsurile — vor fi ușor condimentate, spre a le face mai „digerabile" pentru cititorii ce țin regim și pentru a nu fi folosite ca somnifere de cei care au terminat Diazepamul.

Să dăm inițiatele celor mici.

● *«Alimentarea „din biberon" este la fel de bună ca cea de la sîn?»* — ne întreabă o „tînără mamă" din Craiova.

Nu ! Cînd copilul suge, el își reglează singur aportul. Cînd se folosește sticla... mama este cea care determină consumul. Asta în ceea ce privește cantitatea. Dar să nu neglijăm nici calitatea laptelui matern. În această privință, folclorul nou este categoric : „Nici *Humana* nu-i ca mama !"

● Din Brașov, o altă tînără mamă (dar nu toate mamele sînt tinere ?) ne solicită să-i răspundem la următoarea întrebare : *„Este adevărat că nu-i bine ca un copil să se îngrașe ?"*

Foarte adevărat ! Copiii cu supragreutate au, de regulă, un număr excesiv de celule grase din cauza supraalimentației. Odată ce celulele grase se dezvoltă, ele rămîn pentru toată viața. De aici... tendința ca un copil gras să devină un adult obez.

● Gigel — de 7 ani —, din Constanța, îmi scrie: *„Nene, nu-i așa că un copil trebuie să mănînce multe dulciuri ? Am auzit-o pe bunica spunînd că dacă nu mănînc dulciuri acum... o să fiu lacom cînd mă fac mare".*

Gigele... nu știu dacă întrebarea este a ta sau aparține bunicii. Eu cred că „mamaia" e autoarea. Dar asta n-are importanță ! Important de știut este că „lăcomia" pentru dulciuri se dezvoltă mai mult din *prezența* decît din *absența* lor. Să știi, Gigele, că un copil care mănîncă multe dulciuri se învață să consume un exces de calorii. Spune-i bunicii că nu mai sînt la modă copiii „grași și frumoși". Și apoi... vrei să-ți spună prietenii „grasule" ? Bărbați sîntem !

Dar să lăsăm copiii cu problemele lor ! Să trecem la adulți...

● *„Excesul de greutate este cauzat de excesul de apă"*, — spune un cititor din Capitală — *„așa că făcînd o cură cu Nefrix o să ajung la greutatea ideală. E adevărat ?"*

Raționamentul domniei voastre este greșit și dăunător. Diureticele (Nefrix — Furantril) elimină apa, nu grăsimea din organism. Pierderea în greutate este iluzorie ! De fapt, după 2—3 pahare cu apă greutatea revine la cifrele inițiale. Ceea ce era de demonstrat ! Nu trebuie uitat că diureticele pot cauza deshidratare, pierderi de electroliți... că ele nu pot fi folosite *oricînd* și *oricum*.

● Din Ploiești — un cititor supraponderal — ne întreabă : *„Pot slăbi sărind peste unele mese ? Cum să procedez ?"*

Știam de săritura în lungime, în înălțime... cu prăjina ! Am auzit și de triplu salt. Domnia voastră introduceți... „săritura peste mese" ! Este o nouă probă... olimpică ?

Dar să revenim la oile noastre... adică la întrebare. Sărind peste una sau două mese... nu-i o metodă de slăbire. Mulți renunță la micul dejun sau la masa de prînz... și sînt așa de înfometați seara, încît mănîncă mai mult decît dacă ar fi luat mesele toate. Mai mult, o singură masă pe zi este asociată cu creșterea producției de grăsime, creșterea colesterolului și tulburarea toleranței la glucoză (fapt ce poate conduce la diabet). Mîncînd o dată pe zi... — și mai ales seara — nu numai că nu slăbiți... ci puteți deveni chiar obez. Eu v-aș recomanda 3 mese pe zi... cea mai substanțială urmînd a fi cea de dimineață. Asta nu pentru că Montesquieu * spunea „Cina ucide jumătate din Paris, prînzul pe cealaltă", ci... pentru că așa este igienic, așa recomandă nutriționiștii.

● Cititorul N.B., de 60 de ani, proaspăt pensionar, din București, vrea să știe : *„Dacă continui să mănînci aceeași cantitate de alimente, te îngrași pe măsură ce devii mai vîrstnic ?"*

Da ! Pe măsură ce „primăverile" se adună, corpul necesită mai puține calorii pentru a-și satisface nevoile metabolice. În plus, activitatea fizică scade și ea cu anii. Deci... dacă aportul alimentar rămîne constant, greutatea va crește cu siguranță... an de an ! Și, odată cu ea, riscurile de îmbolnăvire... de precipitare a bătrîneții. Or — după cum spunea J. Swift ** — „Orice om dorește să trăiască mult, dar nici unul nu vrea să fie bătrîn".

---

* Scriitor, jurist și filozof francez (1689—1755).

** Scriitor iluminist englez, unul dintre cei mai mari satirici ai literaturii universale (1667—1745).

● *„Cîteva pahare cu băutură nu pot strica siluetei... sînt doar lichide...“*, afirmă un tînăr cititor din Vaslui.

Într-adevăr, băuturile alcoolice sînt lichide. Dar lichide... cu calorii și care — în plus — stimulează apetitul. De exemplu o halbă cu bere aduce 150 de calorii, un pahar cu vin 90 și unul cu „tărie“ între 150—200 de calorii. Asta în ceea ce privește „silueta“. Dacă „lichidele“ sînt consumate în cantitate mai mare, nu strică numai silueta... Ele pot conduce... pe mai multe cărări. Ele pot fi cauza a numeroase suferințe... unele foarte grave.

● *„Dacă urmez strict un regim alimentar... o să pierd greutate în mod constant ?“* — ne întreabă o cititoare „cam plinuță“, din Galați, care adaugă — în continuare:— *„Vreau să fiu și eu la modă !“*

Apropo de modă. Știți cum o definea Tudor Mușatescu ? „Moda este una căreia îi ești fidel schimbînd-o“. Frumos, nu ?

Și acum răspunsul. La un anumit punct orice dietă ajunge la un plafon, pentru că organismul se adaptează la aportul scăzut de calorii, scăzînd metabolismul, adică consumul. Deci regimul singur nu este suficient... de aceea... citiți și răspunsul următor.

● O întrebare oarecum asemănătoare, dar mai concretă, ne adresează I.A. din Suceava, care vrea să slăbească, pentru a deveni balerină : *„Vreau să slăbesc ! Cum să fac ?“*

Întrebarea este clară și precisă. Răspunsul ? Răspunsul este mai dificil... iar realizarea deziderатului și mai grea !

Teoretic... pentru a slăbi $^1/_2$ kilogram pe săptămînă trebuie să „arzi“ cu 3 500 de calorii mai mult decît caloriile ingerate cu alimentele. Cu alte cuvinte — balanța calorică trebuie să fie negativă cu 500 de calorii pe zi. Aceasta se poate realiza mîncînd mai puțin.

Practic... un minus de 500 de calorii pe zi se realizează mîncînd pîine mai puțin cu 150 g, excluzînd zahărul și mergînd pe jos timp de o oră sau făcînd $^1/_2$ oră de gimnastică.

Nu e ușor ! Dar cînd ai voință, perseverență... cînd vrei să ai o siluetă de invidiat... cînd vrei să devii balerină (o lebădă din baletul lui Ceaikovski) se poate !

● *„Sînt supraponderal. Cînd mă ambiționez țin regim și slăbesc. Dar apoi pun la loc ! E ceva rău în asta ?“* — ne întreabă T.C., din București.

Întrebarea domniei voastre mi-a adus în minte o veche cugetare engleza : „Omul este singurul animal care mănîncă atunci cînd nu-i este foame și bea cînd nu-i este sete !“

Procedați foarte greșit ! Pierzînd și cîștigînd greutate în mod repetat poate fi mai periculos decît a rămîne constant la supragreutate. Presiunea sanguină, glicemia, colesterolul pot crește anormal în perioadele de cîștig în greutate și pot să nu revină la normal în timpul slăbirii. De aici... risc crescut de infarct miocardic, de accident vascular cerebral...

● I.P., din Sfîntu Gheorghe : *„Este adevărat că dacă mănînc cartofi în loc de pîine nu mă îngraș ?“*

Asta depinde de cantitatea de cartofi (chiar dacă sînt cartofi de Covasna) și de modul lor de preparare. „Un cartof... doi cartofi“ (e titlul unui film — vă amintiți ?) cîntărind în jur de 150 de grame fiecare... aduc 220 de calorii. Dacă se adaugă unt, ulei sau margarină... caloriile se dublează.

● *„Îmi plac foarte mult ouăle. Cîte pot mînca pe zi ?“* (D.L., din Constanța).

Gusturile noastre se aseamănă. Și mie îmi plac ouăle. Sînt gustoase ! Sînt alimente complete, bogate în proteine și vitamine. Au însă un dezavantaj : conțin multe lipide și în special colesterol. Aportul optim de colesterol este de aproximativ 250 mg pe zi... adică aproape cît se găsește într-un gălbenuș de ou. Deci... dacă nu consumați și alte grăsimi... puteți mînca un ou pe zi. Dar cum — sigur — folosiți și piept ardelenesc, mezeluri sau unt, atunci e mai bine să fierbeți un ou la 2 zile. Așa fac și eu !

● *„Am auzit că o dietă poate conține cantități nelimitate de legume, fructe și vegetale, pentru că acestea sînt sărace în calorii. E adevărat ?“* — întreabă B.Z., din Lugoj.

Nu ! Unele legume sînt destul de bogate în hidrați de carbon și calorii. Aș aminti aici cartofii, mazărea, fasolea și țelina. Iar conservate — mai ales cu ulei — aduc calorii mult mai multe. Nici fructele... nu se consumă fără măsură. Perele, prunele, merele, cireșele și — mai ales — strugurii pot adăuga kilograme în plus... prin conținutul lor bogat în zaharuri.

*

Aici se încheie „dialogul nostru la distanță“... dialog ce urmează a continua la anu'... și la mulți ani. Cu o singură condiție. Să avem la îndemînă materia primă necesară... adică întrebările dumneavoastră, cititorii almanahului, întrebări ce vor fi trimise pe adresa Editurii Medicale — București, str. Smîrdan nr. 5, sector 3. Adresați-vă cum vreți : *„Dragă Almanah“...*, *„Scumpă redacție“* sau, pur și simplu... *„Doctore !“*. Și vă răspundem... cu plăcere.

EUGEN ALEXE
MEDIC PRIMAR, DOCTOR ÎN ȘTIINȚE MEDICALE

RADIAȚIILE ULTRAVIOLETE
sînt binefăcătoare, dar... cu precauții

Conf. dr. Matei Barnea
Institutul de Igienă și Sănătate Publică, București

Soarele, sursa de energie care stă la baza vieții pe Pămînt, revarsă asupra planetei noastre și radiații ultraviolete. Caracteristica acțiunii lor sînt transformările chimice ale substanțelor pe care le iradiază, inclusiv a celor din pielea oamenilor, prin intermediul cărora au loc complexele efecte asupra sănătății lor. De aci denumirile de radiații „chimice" și „biologice", care le mai sînt atribuite.

Ilustrarea acestui mecanism s-a consemnat prin însuși modul în care au fost descoperite de tînărul cercetător Ritter, în anul 1801. Acesta luase cunoștință de maniera descoperirii, cu un an înainte, de către Herschel, a *radiațiilor infraroșii*, componenta energiei solare care asigură căldura, alt factor determinant al vieții : descompunînd printr-o prismă un fascicul de radiații solare în culorile curcubeului, Herschel constatase creșterea temperaturii unui termometru așezat dincolo de culoarea roșie, indicînd astfel prezența unei energii invizibile. Ritter a intuit că și de partea cealaltă a spectrului solar, dincolo de violet, se poate găsi o formă de energie invizibilă, pe care el a identificat-o, punînd acolo o substanță fotosensibilă — clorura de argint — care își schimbă culoarea : erau *radiațiile ultraviolete* (r.u.v.). Prin aceasta se descoperea și mecanismul lor fundamental de acțiune, *efectul fotochimic*.

Fiind absorbite de materia pe care o străbat, r.u.v. emise de soare își reduc considerabil cantitatea, de la o proporție de 5% la ieșirea din soare, la numai 1% (sînt reduse îndeosebi lungimile scurte de undă, de mare energie), în cea mai mare măsură la trecerea prin filtrul de ozon care se află în stratosferă, la 20—40 km de sol, constituind astfel un scut de protecție pentru viața de pe Pămînt, față de efectele lor nocive. *Efectele benefice ale r.u.v. pentru sănătatea omului se realizează însă la o doză mult mai mică : numai o zecime din cea prezentă pe sol într-o oră din miezul zilei.* Ele constau în formarea vitaminei D din provitaminele existente în piele, prevenind astfel rahitismul și asigurînd vindecarea fracturilor, a plăgilor cronice etc., intensificarea metabolismului și a tuturor proceselor vitale, a funcției de formare a sîngelui, anticorpilor, hormonilor, secrețiilor glandulare, a funcției sistemului circulator, respirator, digestiv etc. R.u.v. au un mare rol în echilibrul ecologic și în sanogeneză, prin rolul lor bactericid, realizat însă numai la suprafața corpurilor, în aer și pe o anumită adîncime a apei (în funcție de limpezimea ei) ; în cîteva minute sau zeci de minute (în dependență de structura și rezistența diferitelor specii) virusurile, bacteriile și alți agenți patogeni vii sînt distruși de pe suprafața obiectelor contaminate, r.u.v. constituind astfel adevărate santinele de pază împotriva infecțiilor. Și agenții nocivi de natură chimică sînt modificați chimic și anihilați de r.u.v., ca, de exemplu, poluanții atmosferici, substanțele cancerigene etc.

Dar prin energia lor deosebită r.u.v. pot exercita și efecte nocive, în primul rînd prin expunerea brutală, intempestivă, la doze mari, mai ales după intervale mari de pauză, producînd arsuri, cu atît mai grave cu cît suprafața expusă este mai mare. Riscul arsurii prin r.u.v. constă și în lipsa sa de avertisment, datorită apariției tardive, abia la 3—4 ore, cu maximum la 8—24 de ore, după expunere. De asemenea, expunerea fără ochelari colorați a ochilor la doze mari de r.u.v. (lămpi medicale, aparate de sudură sau numai strălucirea zăpezii) determină, tot cu oarecare întîrziere, un gen de arsură a conjunctivelor, fotooftalmia, cu lăcrimare și iritații intense, uneori chiar cu sîngerare, făcînd posibilă și infecția globului ocular. La o mică proporție a oamenilor, la cei cu anumite afecțiuni cardiovasculare, respiratorii, stări febrile, afecțiuni ale pielii și ale glandei tiroide (hipertiroidieni), r.u.v. provoacă agravarea stării lor.

La persoanele vîrstnice, care și-au desfășurat viața și activitatea o mare parte din timp sub soare intens (muncitorii agricoli, marinarii, muncitorii constructori etc.), de multă vreme s-a remarcat creșterea frecvenței cancerului pielii, localizat mai ales la față. Punctul de plecare al acestui gen de cancer este stratul epitelial al pielii (epiteliom bazocelular și spinocelular), iar malignitatea sa este redusă, supraviețuirea fiind îndelungată, astfel că, cu toată frecvența lui mare din unele țări, mortalitatea se situează pe ultimele locuri între diferitele forme și localizări ale cancerului.

În ultima vreme, în acest domeniu se înregistrează însă un fenomen alarmant : creșterea frecvenței unui alt gen de cancer al pielii — *melanomul malign* — avînd ca punct de plecare nevii pigmentari de culoare închisă (melanici), mai frecvent întîlniți pe torace la bărbat și pe picioare la femei. Evoluția acestui cancer este mult mai gravă și mai rapidă. Boala poate apărea la orice persoană, dar cu o frecvență mai mare la indivizii cu pielea roză, părul de culoare deschisă și ochii albaștri (tipul antropologic celtic), care prin expunere brutală la soare nu au tendință de pigmentare brună (bronzare), ci de arsură. Procesul începe ipotetic printr-o rupere a structurii normale a lanțului acizilor nucleici din celulele melanice, care are loc sub acțiunea energiei puternice a r.u.v. cu lungimi de undă scurte, prezente

în miezul zilelor de vară (între orele 10 și 14), la persoane care se expun după întreruperi mari (numai în concediu sau în unele zile ale sfîrșitului de săptămînă). În aceste cazuri se declanșează o creștere celulară anormală ; după un interval de cîteva săptămîni sau luni poate apărea o tumoare, căreia, dacă nu i se acordă atenție și nu se tratează adecvat, poate să-i urmeze cancerul extins și generalizat, cu evoluție rapidă. Apariția bolii mai este favorizată și de prezența în piele a altor substanțe cu rol în cancerogeneză, provenite din exterior, fie prin depunere pe piele, fie după pătrunderea în organism, cum sînt unii agenți din fumul de tutun, poluanții atmosferici, unii coloranți sintetici, pesticide, compuși ai petrolului etc. și chiar unele medicamente în exces.

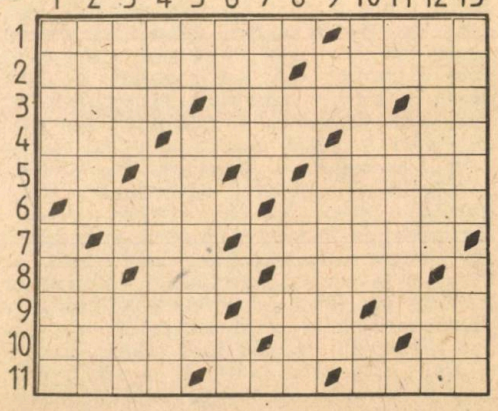
În anii din urmă, cercetătorii și-au concentrat atenția și asupra scutului de ozon atmosferic. Acesta poate fi modificat într-o mică măsură în urma activității solare mai intense, în perioada de creștere a acesteia, cum se întîmplă și în acești ani (ciclul actual a început creșterea în 1986 și va atinge maximum în 1991—1992), acest proces repetîndu-se, aproape cu aceeași amplitudine, de la formarea sistemului nostru solar. Mai îngrijorător pare a fi procesul de uzură și diminuare a grosimii stratului de ozon, proces în care sînt incriminate intervenția unor poluanți atmosferici proveniți din *spray*-uri și frigidere — freonii sau fluorocarbonii și, în general, compușii organici ai halogenilor —, ca și apropierea omului de acest strat, prin zborurile aviatice și cosmice.

Dacă față de aceste procese omenirea, în ansamblul său, trebuie să-și îndrepte atenția pentru a le elucida din punct de vedere științific și apoi a-și corecta direcțiile de acțiune, în ceea ce privește expunerea brutală și în exces la acțiunea nocivă a r.u.v., fiecare individ are posibilitatea să-și amelioreze conduita, prin evitarea, mai ales după întreruperi mari, a expunerilor prelungite la radiațiile solare deosebit de energice, cum sînt cele din miezul zilelor de vară, din intervalul orelor 10—14, cînd se înregistrează 2/3 din energia ultravioletă a întregii zile. Tot ca o apărare pasivă se recomandă purtarea de pălărie cu boruri mari, ca și acoperirea trunchiului și picioarelor ; de asemenea, în anumite cazuri este indicată și relativa umbrire a locuinței, prin paravane colorate, storuri etc. ; persoanele expuse soarelui pot să-și protejeze pielea cu soluții și creme conținînd substanțe protectoare, cum este acidul paraaminobenzoic.

În ansamblu, se poate considera că omenirea trebuie să-și îndrepte în prezent atenția spre corectarea, nu a carenței de radiații solare, ca în trecut, ci a excesului lor, cel puțin pentru o parte a membrilor săi.

LA MULȚI ANI!

ORIZONTAL : 1. Petrecerea din noaptea Anului Nou — Tradiționalul pom de iarnă. 2. Se sărbătorește în noaptea de revelion (2 cuv.) — Personaj mascat din obiceiurile tradiționale Anului Nou. 3. Îngrămădite — La mulți ani ! — Ghete ! 4. Întrebare stas ! — Pline cu de toate — Prefix. 5. Nu e prima la joc ! — La gura sobei ! — Orășel în Austria. 6. Cuvinte încrucișate de Anul Nou — Popor în a cărui tradiție intra, în trecut, obiceiul de a se arde în noaptea de Anul Nou plugurile vechi de lemn, cu credința că astfel se va asigura recoltei viitoare soare din abundență (fem.). 7. Resort — Localitate în jud. Botoșani. 8. Întoarceți-vă ! — Cu mulți ani — Zbor în misiune. 9. Obicei prost — Deasupra — La mulți ani. 10. Înzestrat cu mașini-unelte — Trage la sania nordicului — Se înnoiește în noaptea de revelion.



Bi... „ASTRA"
SIBIU

11. Unu... la cea de a doua mînă — 6 ianuarie, la anul viitor — „An Nou ! Un an al păcii fie, / Așa cum omenirea îl așteaptă. / De el și peste veacuri să se scrie / C-a împlinit cea mai de seamă faptă“ (din poezia „De Anul Nou“ de Demostene Botez ; sing.).

VERTICAL : 1. Transmite de revelion un program special — Autoarea poeziei „Colindă pe șoptite“ (Maria). 2. Ilustrul autor (1881—1955) al liedului „Dar de Anul Nou“ — Zăpada... de pe ramurile pomului de iarnă. 3. Comună în R. D. Germană — Se află în mijlocul bradului ! — Însoțește veselia invitaților de revelion. 4. Dînsele — Mîncare tradițională de revelion. 5. Lene ! — „Aho, aho, copii și frați, stați așa și nu mînați...“. 6. Rîu în U.R.S.S. — Sînt mari la Tîrgu Jiu ! 7. Localitate în S.U.A. 8. Șase roman — Se împart de Anul Nou. 9. Precum — Suplimentele tradiționale din plăcintele de Anul Nou. 10. Cu mulți ani (dim.) — Nord-vest. 11. Recipisă (abr.) — Cadouri de Anul Nou. 12. Autorul (1880—1967) poeziei „La mulți ani“ (Tudor) — O dată la un an. 13. Totalitatea manifestărilor artistice în cinstea sărbătorilor de iarnă, rămase moștenire de la strămoșii noștri — Din programul petrecerii de revelion.

DICȚIONAR : RAHI, RIGEN, SĂVENI, OUICK.

Adam Stoica

REZOLVAREA JOCURILOR REBUSISTE

FARMACEUTICĂ :

Orizontal : Bagdad ; Leon ; Ani, Neapole ; tableta ; sau ; R ; Bittel ; NM ; IP ; TA ; Sanda ; Nose ; I ; cea ; astrale ; R ; R ; Tiel ; opace ; ser ; BS ; luat ; al ; fiola ; ue ; L ; farmacist ; ST ; Avicenna ; ea.

MEDICINA ÎN ROMANUL ROMÂNESC CONTEMPORAN

Orizontal : Ciobanu ; după ; O ; Rodica ; Ion ; ni ; Balint ; ra ; Tna ; mo ; Ionaș ; Reno ; tînăr ; T ; avuabil ; S ; ca ; Vilma ; eati ; S ; it ; ecran ; și ; Zainea ; uv ; tu ; Ib ; Danila ; Tic ; Munteanu ; Elvin ; aa, caz.

MEDICINĂ GENERALĂ

Orizontal : Scobitori ; C ; caier ; făuri ; altoit ; C ; er ; Faa ; telefon ; ar ; laș ; a ; ba ; nișă ; talpă ; decupată ; ze ; r ; etate ; bae ; Ignat ; lei ; marame ; ren.

SĂ NU VĂ LIPSEASCĂ MERELE

Orizontal : Saint Saëns ; Eminescu ; C ; Rău ; T ; roșu ; BN ; Mihu ; AZ ; A ; vase ; Ana ; nara ; rînd ; Petica ; AF ; pom ; oute ; I ; arid ; Ladon ; str ; Renete.

FEBRA

Orizontal : Courteline ; Vasile ; Iser ; il ; T ; Ștefan ; NDC ; Rău ; ame ; Zuun ; CDM ; ta ; Ariel ; Oasu ; ti ; glorie ; L ; O ; AR ; pa ; Lae ; recurentă ; H ; ușă ; IR ; Irma ; Lovinescu ; R.

TRIUNGHI

Orizontal și vertical la fel : cataractă ; anatomie ; Tarosin ; atomic ; roșii ; amic ; ciu ; te ; a.

LA MULȚI ANI !

Orizontal : Revelion ; brad ; Anul Nou ; capră ; dese ; vivat ; GT ; isi ; saci ; rahi ; ac ; so ; K ; Rigen ; urări ; daneză ; B ; arc ; Săveni ; AV ; moș ; raid ; D ; nărav ; sus ; era ; utilat ; ren ; an ; șase ; joi ; vers.

REBO METAGRAMAT

— *Privește inima :* cardiologică (crocodili + apă + g)
— *Farmaceutică :* Paracetamol (lampă + carte + e)
— *Antibiotic :* Eritromicină (oameni + catîri + r)

METAVERB CU INCASTRU ANAGRAMAT

— *Gastronomică :* Lactovegetarian (cortina e legată + v)

METAVERB ANAGRAMAT

— *Osteoarticulară:* Ortopedică (cap-a de rățoi + e)

METAGRAMĂ ANAGRAMATĂ

— *Prescripție medicală:* Spălături (marsupial — m + t)

almanahul SĂNĂTĂȚII

'89

Lei 25